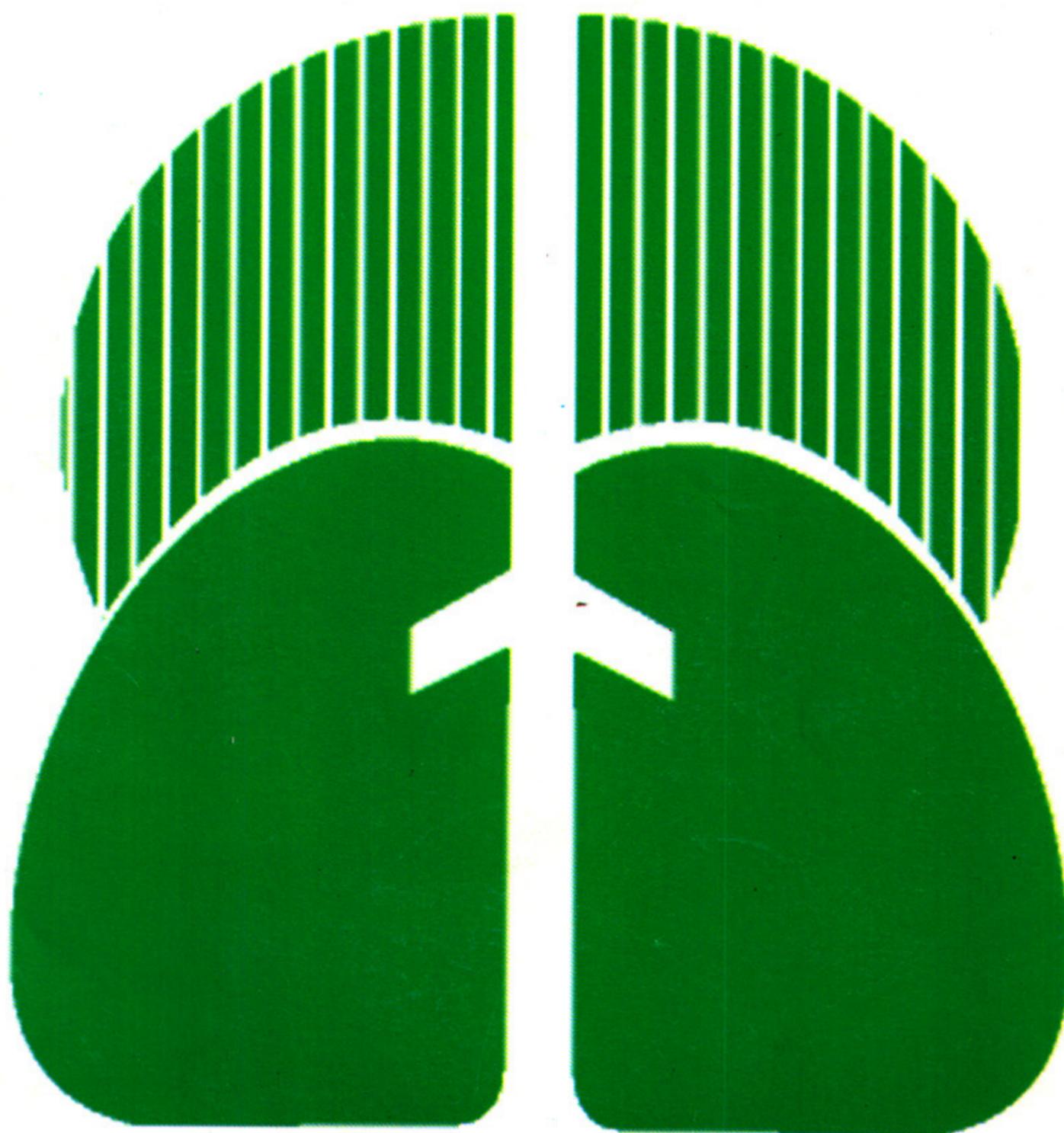




# PULMÃO RJ

S U P L E M E N T O

Publicação Anual Oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro • 1999



IMPRESSO

## TEMAS LIVRES

VII Congresso de  
Pneumologia e Tisiologia do  
Estado do Rio de Janeiro



# Levaquin® (levofloxacina)

DOSE ÚNICA DIÁRIA



Minibag 100 ml (5 mg/ml)  
pronta para uso, diluída em  
soro glicosado

## Terapia Seqüencial e Efetividade Antimicrobiana em Dose Única Diária

### Terapia Seqüencial

- Levaquin® oral e IV são 99% bioequivalentes, permitindo a terapia seqüencial sem ajuste de dose<sup>(1)</sup>

### Efetividade Antimicrobiana

- Levaquin® atinge concentrações plasmáticas significativamente superiores às CIMs dos principais patógenos respiratórios: Gram+, Gram- e Atípicos, garantindo eficácia em Dose Única Diária<sup>(2)</sup>



Blister com  
7 comprimidos  
de 500 mg revestidos

#### Referências bibliográficas

1. Chien SC, et al. Pharmacokinetic profile of levofloxacin following once daily 500 mg oral or intravenous doses. *Antimicrob Agents Chemother.* 1997;41(10):2256-60
2. Davis R, Bryson HM. Levofloxacin: a review of its antibacterial activity, pharmacokinetics and therapeutic efficacy. *Drugs.* 1974;47:677-70.

  
**INFOC**  
JANSSEN-CILAG  
0800-130177

#### BULA RESUMIDA LEVAQUIN®

**Apresentações** - Oral: blister com 7 comprimidos de 500 mg. **Injetável:** solução concentrada 20 ml (25 mg/ml) e solução diluída 100 ml (5 mg/ml). **Composição:** levofloxacina, antibacteriano quinolônico de amplo espectro. **Contra-indicação:** hipersensibilidade. **Indicações:** infecções dos tratos respiratórios superior e inferior, infecções da pele e tecido subcutâneo, infecções do trato urinário e osteomielite. **Precauções:** pacientes com disfunção renal ou hepática. Gravidez, lactação e crianças ainda não foi estabelecida segurança. Uso de hipoglicemiante requer cuidadosa monitoração. Cuidado em qualquer atividade que exija atenção e coordenação. **Interações medicamentosas:** antiácidos não devem ser administrados concomitantemente. A administração concomitante de drogas anti-inflamatórias não-esteróides pode aumentar o risco de estimulação do SNC e de convulsões. Não há alteração com uso simultâneo da levofloxacina com warfarina, digoxina, ciclosporina, probenecida e cimetidina. Teofilina deve ter seus níveis séricos monitorados apesar de não haver alteração de concentração. **Reações adversas:** leve a moderada e de origem gastrointestinal (náusea e diarreia). Baixa incidência de relatos de vaginite, insônia, vertigens, dor abdominal, exantema, prurido, dispepsia, alterações de coordenação, da visão, convulsões, depressão, fotossensibilidade e eritema multiforme. **Posologia** - **Comprimidos:** adulto, com função renal normal, 500 mg a cada 24 horas, sendo a duração do tratamento de 7 a 14 dias conforme a indicação. **Injetável:** 500 mg a cada 24 horas deve ser administrada por infusão intravenosa lenta, por um período de no mínimo 60 minutos.

 **JANSSEN-CILAG**

---

 **ÍNDICE****Doenças Obstrutivas**

|  |    |
|--|----|
| <i>Importância da Tomografia Computadorizada de Alta Resolução na Avaliação do Enfisema Pulmonar</i> .....   | 08 |
| <i>Cirurgia Redutora no Tratamento de Enfisema Pulmonar: Seleção de Pacientes e Resultados</i> .....   | 08 |
| <i>Traquéia em Bainha de Sabre: Relato de um Caso</i> .....  | 08 |
| <i>Abscesso Pulmonar em Paciente com DPOC e Graves Alterações Estruturais Parenquimatosas</i> .....  | 08 |
| <i>Relação entre Estado Nutricional e Função Muscular Respiratória em Pacientes com DPOC Grave do Programa Multidisciplinar de Reabilitação Respiratória - 1º Semestre de 1999</i> ..... | 09 |
| <i>Pulmão Evanesciente ("Vanishing Lung Syndrome") em Mulher Jovem</i> .....   | 09 |
| <i>O Uso de Corticosteróides em Pacientes com Asma e Sequela de Tuberculose</i> .....  | 09 |
| <i>Gravidade da Asma Bronquica em Pacientes com Sequela de Tuberculose Pulmonar</i> .....  | 09 |
| <i>Bronquite e Asma - Uma Questão de Terminologia</i> .....  | 10 |

**Provas de Função Respiratória**

|  |    |
|--|----|
| <i>Influência do Tabagismo no Quadro Clínico e Funcional de Asmáticos</i> .....  | 10 |
| <i>Análise da Capacidade de Difusão (DLCO) em Pacientes com Diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)</i> ..... | 10 |
| <i>Mecânica Respiratória e Controle da Ventilação em Animais Anestesiados com Propofol</i> .....                               | 10 |
| <i>Experiência com o Teste Inespecífico de Provocação Brônquica</i> .....  | 11 |
| <i>Cifoescoliose Acentuada Evoluindo com Cor Pulmonale - Relato de Caso</i> .....  | 11 |

**Tuberculose**

|   |    |
|---|----|
| <i>Tuberculose Infantil na Cidade do Rio de Janeiro</i> .....   | 11 |
| <i>Reuniões do Programa Bolsa-Escola (PBE) dos Clientes com Tuberculose (TB): Estratégias para Adesão do Paciente ao Tratamento</i> .....   | 11 |
| <i>Transmissão Nosocomial do Mycobacterium Tuberculosis em Alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna</i> .....  | 12 |
| <i>Avaliação Clínica de uma Técnica de PCR Associada à Hibridização Reversa (INNOLiPA-INNOGENETICS) em Lavados Broncoalveolares (LBA) para o Diagnóstico de Tuberculose (TB) Paucibacilar</i> ..... | 12 |
| <i>Avaliação dos Comunicantes de Tuberculose Através do Exame Clínico, Teste Tuberculínico e da Radiografia de Tórax</i> .....  | 12 |
| <i>Manifestações Endobrônquicas da Tuberculose Pulmonar</i> .....   | 12 |
| <i>Impacto da Implementação de um Programa de Controle da Tuberculose (TB) em um Hospital Geral Referência para SIDA/AIDS</i> .....   | 13 |
| <i>Perfil da Tuberculose no Centro Municipal de Saúde Pindaro de Carvalho Rodrigues - VI RA (Gávea)</i> .....   | 13 |
| <i>A Epidemia de Tuberculose Bacilífero no Bangu, Rio de Janeiro</i> .....  | 13 |
| <i>Tuberculose de Gânglio Pulmonar, Pleural e Pericárdica em Criança</i> .....  | 13 |
| <i>Indicações Não Rotineiras de Quimioprofilaxia na Infância</i> .....  | 14 |
| <i>Tuberculose na Infância: Estudo de 163 Casos</i> .....   | 14 |
| <i>Tuberculose Intestinal em Criança</i> .....  | 14 |
| <i>Empiema por Tuberculose Multirresistente</i> .....   | 14 |
| <i>Perfil da Tuberculose em Centro de Referência</i> .....  | 15 |
| <i>Sorologia para Tuberculose na Tuberculose Pulmonar com Exame de Escarro Baar Positivo</i> .....  | 15 |
| <i>Sorologia para Tuberculose, na Tuberculose Pleural</i> .....   | 15 |
| <i>Sorologia para Tuberculose, em Pneumopatias Não-Tuberculosas</i> .....   | 15 |
| <i>Sorologia para Tuberculose, em Pacientes com Sequela de Tuberculose Pulmonar</i> .....   | 16 |
| <i>Cirurgia da Tuberculose Pulmonar Resistente a Múltiplas Drogas (TPRMD)</i> .....   | 16 |
| <i>Dificuldade no Diagnóstico Diferencial de Lesão Escavada em Paciente com Paracoccidiodomicose e Tuberculose Pulmonar em Atividade</i> .....  | 16 |

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <i>Importância do Exame dos Comunicantes de Pacientes com Tuberculose Pulmonar: Relato de Caso</i> .....   | 16 |
| <i>Tuberculose Pulmonar em Crianças Comunicantes de Tuberculosos</i> .....   | 17 |
| <i>Perfil da Tuberculose em Centro de Referência</i> .....   | 17 |
| <i>Avaliação da Positividade da Baciloscopia em Pacientes com Tuberculose Pulmonar em Ambulatório de Referência para Tuberculose</i> .....   | 17 |
| <b>Doença Ocupacional</b>  |    |
| <i>Bronquite Ocupacional em Pedreiras do Rio de Janeiro</i> .....  | 17 |
| <i>Estudo da Asma Bronquica em Pedreiras</i> .....   | 18 |
| <i>Tromboembolismo Pulmonar em Portador de Silicose</i> .....  | 18 |
| <i>Avaliação Respiratória em Trabalhadores Expostos à Poeira de Sílica no Estado do Rio de Janeiro</i> .....   | 18 |
| <i>Alterações Morfofuncionais em Tecido Pulmonar de um Modelo Experimental de Silicose</i> .....   | 18 |
| <i>Estudo das Populações Celulares do Lavado Broncoalveolar em Diferentes Fases Evolutivas da Silicose</i> .....   | 19 |
| <i>Análise do Conteúdo Protéico do Lavado Broncoalveolar de Pacientes com Silicose</i> .....   | 19 |
| <i>Silicotuberculose-Análise de 55 Casos Atendidos no Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF)</i> .....   | 19 |
| <b>AIDS</b>  |    |
| <i>Linfoma Não-Hodgkin Pulmão e Duodenal Concomitante em Paciente HIV-Reator. Relato de Caso</i> .....   | 19 |
| <i>Cistos Pulmonares em Paciente HIV Reator</i> .....  | 20 |
| <i>Tuberculose Pulmonar Grave em Paciente com SIDA</i> .....   | 20 |
| <i>Tuberculose de Língua em um Paciente HIV-Positivo</i> .....   | 20 |
| <i>Associação Paracoccidioidomicose e HIV: Relato de Caso</i> .....  | 20 |
| <i>Lesão Cavitária Tuberculosa em Criança com Sida</i> .....   | 21 |
| <i>Hipertensão Arterial Pulmonar Primária em HIV</i> .....   | 21 |
| <i>Tuberculose em Crianças - Incidência em HIV Positivo (1992 - 1998)</i> .....  | 21 |
| <i>Tuberculose em Adolescentes - Incidência em HIV Positivo (1992-1998)</i> .....  | 21 |
| <i>Tuberculose Extra-Pulmonar em Crianças e Adolescentes - Incidência de HIV Positivo (1992-1998)</i> .....  | 22 |
| <i>Microsporidiose Disseminada com Envolvimento Pulmonar em Paciente com Sida (Relato de Caso)</i> .....   | 22 |
| <b>Neoplasias</b>  |    |
| <i>Hemoptise em Paciente com Adenocarcinoma e Infarto Pulmonar</i> .....   | 22 |
| <i>Tumor Sincrônico de Pulmão e Estômago com Metástases à Distância</i> .....  | 22 |
| <i>Terapia Neoadjuvante no Tratamento do Câncer de Pulmão: Experiência do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ</i> .....                 | 23 |
| <i>Carcinoma do Tipo Pequenas Células: Resposta ao Tratamento com VPP e Comportamento Clínico</i> .....  | 23 |
| <i>Câncer de Pulmão - Análise de Pacientes Operados no HUPE</i> .....  | 23 |
| <i>Tumor de Pancoast: Relato do Caso e da Superioridade do Diagnóstico da Ressonância Nuclear Magnética Comparada a Tomografia Computadorizada de Tórax e ao Rx de Tórax</i> ..... | 23 |
| <i>Metástase Endobronquica de Tumor de Ovário</i> .....  | 24 |
| <i>Cirurgia Conservadora em Tumor Carcinóide Brônquico Típico</i> .....  | 24 |
| <i>Hemoptise Secundária a Cariocarcinoma Metastático: Relato de Caso</i> .....   | 24 |
| <i>Apresentação Radiológica Incomum de Carcinoma Bronquíolo Alveolar: Relato de Caso</i> .....   | 24 |
| <i>Broncorréia abundante no Carcinoma Bronquioloalveolar</i> .....   | 25 |
| <i>Aumento da Frequência de Adenocarcinoma entre os Tumores Primários de Pulmão no Rio de Janeiro</i> .....  | 25 |
| <i>Frequência de Pacientes Tabagistas em uma Série de 154 Casos de Adenocarcinoma de Pulmão</i> .....  | 25 |
| <i>Frequência de Adenocarcinoma de Pulmão de Localização Central em uma Série de 154 Casos</i> .....   | 25 |
| <i>Redimento da Biópsia no Diagnóstico do Adenocarcinoma de Pulmão no IDT-UFRJ</i> .....   | 26 |
| <i>Concordância entre a Radiografia de Tórax e a Broncoscopia para a Localização do Adenocarcinoma de Pulmão</i> ...   | 26 |
| <i>Comportamento Clínico do Adenocarcinoma de Pulmão de Localização Central Segundo o Estadiamento Clínico</i> ...   | 26 |
| <i>Frequência de Lesões Endobrônquicas em 135 Casos de Adenocarcinoma de Pulmão</i> .....  | 26 |

**Doenças Infecciosas**

|  |    |
|--|----|
| <i>Pneumonia Comunitária por Acinetobacter Calcoaceticus. Relato de Caso</i> .....   | 27 |
| <i>Relato de Caso - Apresentação não Usual da Infecção por Nocardia sp</i> .....   | 27 |
| <i>Pneumopericárdio: Uma Causa Rara</i> .....  | 27 |
| <i>Aspergilose Pulmonar Invasiva-Relato de Caso</i> .....  | 27 |
| <i>Hemorragia Alveolar na Leptospirose. Diagnóstico pelo Lavado Broncoalveolar (LBA)</i> .....   | 28 |
| <i>Actinomicose Pulmonar - Relato de Caso</i> .....  | 28 |
| <i>Pneumonia Comunitária Grave - Relato de Caso</i> .....  | 28 |
| <i>Relato de Caso: Pseudo-Tumor Inflamatório de Pulmão</i> .....   | 28 |
| <i>Relato de Caso: Mucormicose Pulmonar</i> .....  | 29 |
| <i>Resumo de Caso Clínico de Paracoceiriodemicose</i> .....  | 29 |
| <i>Histoplasmose Pulmonar sob a Forma Cavitária Crônica em um Paciente sem Doença Pulmonar Prévia. Relato de Caso</i> .....                      | 29 |
| <i>Pneumonia Comunitária, Descritores Epidemiológicos, Abordagem Clínica e Terapêutica em Setor de Emergência de um Hospital Terciário</i> ..... | 29 |
| <i>Infiltrado Pulmonar Cavitário Devido à Paracoccidiodomicose</i> .....   | 30 |

**PID**

|  |    |
|--|----|
| <i>Diagnóstico e Follow Up de Pneumonite Actínica pela Prova de Função Pulmonar: Relato de Caso</i> .....                            | 30 |
| <i>Perfil Inflamatório do Lavado Bronco-Alveolar em Pacientes com Pneumopatia Intersticial Difusa - Coorte para Sarcoidose</i> ..... | 30 |
| <i>Fatores de Risco Pessoais não se Correlacionam com a Evolução da Sarcoidose Pulmonar</i> .....                                    | 30 |
| <i>Sarcoidose Labial - Relato de Caso</i> .....  | 31 |
| <i>Linfangiomiomatose: Relato de um Caso</i> .....   | 31 |
| <i>BOOP: Uma Causa Pouco Comum de Pseudotumor</i> .....  | 31 |
| <i>Biópsia Pulmonar a Céu Aberto em Paciente Crítico: Relato de 2 Casos</i> .....  | 31 |

**Doenças da Pleura**

|  |    |
|--|----|
| <i>Relato de Caso: Cisto Tímico Gigante</i> .....  | 32 |
| <i>Derrame Pleural e Síndrome Lupus-like Induzida por Carbamazepina</i> .....                              | 32 |
| <i>Derrame Pleural: Estudo de 183 Casos em Hospital Público</i> .....                                      | 32 |
| <i>Significado dos Complexos Imunes na Patogênese do Derrame Pleural Exsudativo</i> .....                  | 32 |
| <i>Expressão da Beta-2-Microglobulina (Beta-2-M) na Síndrome de Derrame Pleural</i> .....                  | 33 |
| <i>Avaliação da Importância de Dosagem do Antígeno Carcinogênico 125 (CA 125) no Líquido Pleural</i> ..... | 33 |

**Broncoscopia**

|  |    |
|--|----|
| <i>Broncoscopia no Paciente Queimado</i> .....           | 33 |
| <i>Canetas Perigosas II</i> .....                        | 33 |
| <i>O Papel da Broncoscopia na Hemoptise Maciça</i> ..... | 34 |

**Imagem**

|   |    |
|---|----|
| <i>Abscesso Pulmonar na Infância Relato de 11 Casos</i> .....                                   | 34 |
| <i>Cavidades Pulmonares: Revisão, Aspectos Radiográficos e Critérios de Interpretação</i> ..... | 34 |

**Outros**

|  |    |
|--|----|
| <i>Impacto na Adesão ao Tratamento - Sustentabilidade e Estratégias Chaves</i> .....                           | 35 |
| <i>Malformação Vascular Arterial Pulmonar. Relato de um Caso com Falha do Tratamento por Embolização</i> ..... | 35 |
| <i>Tosse Crônica X Esclerodermia: No que Podemos Pensar?</i> .....   | 35 |
| <i>Tosse Crônica: Dois Casos Pouco Rotineiros</i> .....  | 36 |
| <i>O Processo de Leitura na Elaboração de uma Tese, na Área Médica</i> .....                                   | 36 |
| <i>Sara Direta e Indireta: Necessidade de Diferentes Níveis de PEEP</i> .....                                  | 36 |

## Pulmão RJ Suplemento

Publicação Oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro

**Editor Científico:** Rogério Rufino

**Editor Adjunto:** Domenico Capone

### Conselho Editorial

Afrânio Kristki

Alexandre Pinto Cardoso

Alfred Lemle

Antônio Monteiro da Silva Chibante

Carlos Alberto Guimarães

Carlos Alberto de Barros Franco

Denis Muniz Ferraz

Domenico Capone

Eduardo Bethlem

Hélio Ribeiro de Siqueira

João Carlos Corrêa

João Negreiros Tebyriçá

José Luiz Tavares

José Manoel Jansen

José Roberto Lapa e Silva

Luis Paulo Verbicário

Margareth Pretti Dalcolmo

Miguel Ayub Hijjar

Ricardo Marques Dias

Rui Haddad

Teresinha Martires Miceli

## Diretoria da SOPTERJ

Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro

Presidente: **Mauro Musa Zamboni**

Vice-Presidente: **Miguel Abdon Aidê**

Vice-Presidente da Capital e Baixada Fluminense:

**Arnaldo José de Noronha Filho**

Vice-Presidente de Niterói, São Gonçalo e Região dos Lagos:

**Cyro Teixeira da Silva Junior**

Vice-Presidente da Região Serrana: **Renato Abi-Ramia**

Vice-Presidente da Região Norte: **Ricardo Vasconcelos**

Vice-Presidente da Região Sul: **Marcílio de Almeida Reis**

Secretário Geral: **Luis Cláudio Lazzarini de Oliveira**

Segundo-secretário: **Denise Duprat Neves**

Tesoureira: **Rita de Cássia Motta**

Secretário para Assuntos Científicos: **Ronaldo Nascentes**

Secretário de Divulgação: **Rogério Rufino**

Presidente do Conselho Deliberativo:

**Margareth Pretti Dalcolmo**

Membros do Conselho Fiscal: **Henrique Mem Eisenberg,**

**Pedro Fagundes e Walter Roriz**

## Departamentos e Coordenadores

Cirurgia Torácica: **Fernando David**

Pneumologia Infantil: **Terezinha Martires Miceli**

Endoscopia Respiratória: **Walmir Sangalli**

## Comissões Científicas Permanentes e Secretários Executivos

Doenças Ocupacionais e Poluição Ambiental:

**Hermano Albuquerque de Castro**

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: **Luis Paulo Verbicário**

Asma Brônquica: **Kennedy Kirk**

Câncer do Pulmão: **Carlos Alberto Guimarães**

Tuberculose: **Thyers Marques Filho**

Fisiopatologia Pulmonar: **Laura Cassabian**

Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica: **Arthur Vianna**

Infecção Respiratória e Micoses: **Alexandre Pinto Cardoso**

Pneumopatias Intersticiais Difusas: **Eduardo Bethlem**

Imagem: **Domenico Capone**

Educação Médica Continuada: **José Roberto Lapa e Silva**

Honorários Médicos: **David Nigri**

Doenças da Pleura: **Antônio Monteiro da Silva Chibante**

### Nova Sede da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ)

Rua da Lapa, 120 / grupos 301 e 302  
Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ.  
Fax: (21) 852-3677 • E-mail: [sopterj@iis.com.br](mailto:sopterj@iis.com.br)

## PULMÃO RJ

*Pulmão RJ é uma publicação trimestral oficial da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro (SOPTERJ), direcionada a seus associados, pneumologistas, cirurgiões de tórax, intensivistas e a clínicos com interesse na Especialidade, bem como aos anunciantes, hospitais e entidades afins.*

Tiragem: 5.000 exemplares.

Distribuição: Sócios da SOPTERJ, SBPT, SBAI, Sociedade Sul-Americana de Broncoscopia e assinantes.

Publicação referente a: Outubro de 1999

## Vitrô

COMUNICAÇÃO

Fundador: Luis Fernando Rocha (1963-1999)

**Diretora:** Rijarda Aristóteles

**Editor Responsável:** Flávio Nogueira (Mtb/RJ 19209)

**Gerente de Produto:** Ieda Álvares

**Vitrô Comunicação:** Praça XV de Novembro, 34/4º andar

Centro - 20010-010 - Rio de Janeiro - RJ.

Telefax: (21) 509-0730 • Tel.: (21) 507-6042.

E-mail: [vitrô@vitro.com.br](mailto:vitrô@vitro.com.br) • [comercial@vitro.com.br](mailto:comercial@vitro.com.br)

Home Page: <http://www.vitro.com.br>

Correspondência: Rua da Lapa, 120 / grupos 301 e 302 - Centro - 20021-180 - Rio de Janeiro-RJ. E-mail: [sopterj@iis.com.br](mailto:sopterj@iis.com.br)



Secretária do Congresso:  
**JZ Promoções e Assessoria de Congressos**

Rua Conde de Irajá, 260/2º andar - Botafogo - 22271-020 - Rio de Janeiro-RJ.  
Tel.: (21) 286-2846 • Fax: (21) 537-9134  
E-mail: [mail@jz.com.br](mailto:mail@jz.com.br) • <http://www.jz.com.br>



# *A Palavra do Presidente do Congresso*

Caros Colegas,

Mais uma vez a Pneumologia do Estado do Rio de Janeiro mostra a sua força.

O número de trabalhos científicos enviados para à nossa Sessão de Pôster superou em números a nossa estimativa, porém, não foi surpresa a qualidade e o esmero da apresentação dos mesmos.

Houve uma diversidade muito grande nos assuntos, desde os relatos de casos até os ensaios clínicos bem conduzidos.

Todo esse esforço não será em vão, visto que foi reservado um horário especial para que todos pudessem expor, comentar e discutir os trabalhos, sem atividades paralelas.

Parabéns a todos !

Miguel Aidê  
Presidente do VII Congresso  
de Pneumologia e Tisiologia do  
Estado do Rio de Janeiro

### **IMPORTÂNCIA DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ALTA RESOLUÇÃO NA AVALIAÇÃO DO ENFISEMA PULMONAR**

Behrsin RF, Almeida CL, Vianna CRB, Aquino MDPC, Verbicário LP, Gabetto JM

**OBJETIVOS:** Apresentar a tomografia computadorizada (TC) de alta resolução como exame útil e pouco invasivo no diagnóstico e avaliação do enfisema pulmonar.

**MÉTODOS:** Através da realização de tomografia computadorizada de alta resolução segundo protocolo usado na avaliação dos pacientes no ambulatório de DPOC do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - UFF, é avaliado a presença de áreas de atenuação no parênquima pulmonar correspondendo a áreas de enfisema pulmonar, sendo possível seu diagnóstico e quantificação.

**CONCLUSÕES:** Observa-se que a TC de tórax é um exame eficaz em evidenciar áreas de atenuação no parênquima pulmonar de pacientes com enfisema pulmonar podendo-se realizar seu diagnóstico e quantificação de forma mais precisa sem a necessidade de exames invasivos.

### **CIRURGIA REDUTORA NO TRATAMENTO DE ENFISEMA PULMONAR: SELEÇÃO DE PACIENTES E RESULTADOS**

Behrsin RF, Vianna CRB, Borges KA, Verbicário LP, Gabetto JM, Lima OAS

**OBJETIVOS:** Discutir as indicações, benefícios e critérios de seleção para pacientes com enfisema pulmonar a serem submetidos a cirurgia de redução volumétrica.

**MÉTODOS:** Apresentação de caso de paciente submetido a cirurgia redutora no HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - UFF analisando-se sintomatologia, parâmetros funcionais, cintigrafia perfusional e performance em teste de caminhada de 6 minutos.

**Resultados:** Foi observado melhora ao se comparar pré/pós operatório de todos os dados analisados.

**CONCLUSÃO:** Com a apresentação deste caso podemos ilustrar dados mostrados na literatura que apresentam a cirurgia redutora como uma opção de tratamento em alguns pacientes com enfisema pulmonar desde que corretamente selecionados e preparados no pré operatório.

### **TRAQUEÍIA EM BAÍNHA DE SABRE: RELATO DE UM CASO**

Behrsin RF, Vianna CRB, Aquino MDPC, Verbicário LP, Monteiro NP, Gabetto JM

**OBJETIVOS:** Apresentar a alteração anatômica traquéia em Baínha de Sabre como um sinal associado a DPOC e discutir seus diagnósticos diferenciais.

**MÉTODOS:** Apresentar um caso de paciente com traquéia em baínha de sabre acompanhado no ambulatório de DPOC do HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.

**CONCLUSÃO:** A traquéia em baínha de sabre (estreitamento abrupto da traquéia intratorácica no sentido latero-lateral) é uma alteração anatômica associada com DPOC. Dados de literatura tem mostrado que cerca de 95% dos pacientes com este achado são portadores de DPOC e a grande maioria do sexo masculino.

Embora a literatura cite ser achado freqüente no nosso meio tem sido pouco encontrado.

### **ABSCESO PULMONAR EM PACIENTE COM DPOC E GRAVES ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS PARENQUIMATOSAS**

Autores: Sampaio, M.S. - Jansen, U. - Moreira, J.A.M.B. - Lima, F.M.S. - Noronha, A.J. - Ferraz, D.M. - Hospital Universitário Pedro Ernesto - Serviço de Pneumologia

Homem branco de 53 anos, com DPOC admitido por febre alta e apatia há 5 dias, tosse, expectoração amarelada, dor torácica, chiado torácico e agravamento da dispnéia. Procurou emergência por episódio de vômito, sendo medicado com amoxicilina + clavulanato, sem melhora dos sintomas. Passado de TBP há 2 anos. Ex-tabagista (CT: 60 maços-ano) e ex-etilista de 1/2 garrafa de cachaça por dia. Ao exame de admissão encontrava-se com estado geral regular, febril, sudoreico e cianose de extremidades. FC: 120 bpm e PA: 110x70 mmHg. A ausculta respiratória: MV diminuído no 1/3 sup. e 1/3 inf. do HTE, com roncocalos e sibilos em ambos hemitórax. FR: 32 irpm. O restante do exame físico era normal. Os exames de admissão: Ht: 39,9% - Leu: 16.600/mm<sup>3</sup> (0, 4-0, 7-0-0-20-58-5, 7-1). Glicemia: 529mg%. Gasometria: PaO<sub>2</sub>: 67mmHg - PaCO<sub>2</sub>: 36mmHg - SatO<sub>2</sub>: 94,5%. Pesquisa de BAAR no escarro: negativa (3 amostras). A rad. de tórax: grandes bolhas no 1/3 sup. e níveis hidro-aéreos na 1/2 inf. do HTE. Broncoco-fibroscopia: processo inflamatório difuso (++/4). Iniciado ciprofloxacina 1,5g/dia no entanto, manteve febre diária e a evolução radiológica sugeria abscesso pulmonar. Acrescentada clindamicina. US tórax: derrame pleural à esquerda. Procedeu-se a toracocentese e drenagem com saída de secreção purulenta. Cultura da secreção: *Pseudomonas aeruginosa*. Iniciado meropenem, ceftazidima e amicacina de acordo com antibiograma, durante 28 dias com melhora clínica. Persistiram graves alterações estruturais em HTE. Espirometria: VEF1 de 1,23L (34,6%) e relação VEF1/CVF de 43,7%. Cintigrafia V/Q: ausência funcional no pulmão esquerdo. Ambulatorialmente, foi reavaliado para pneumectomia.

### RELAÇÃO ENTRE ESTADO NUTRICIONAL E FUNÇÃO MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES COM DPOC GRAVE DO PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR DE REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA – 1º SEMESTRE DE 1999.

Autores: Brito, P.D. – Noronha, A.J. Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

A DPOC e o estado nutricional alteram a função pulmonar, sobretudo o endurance da musculatura respiratória. A fadiga muscular respiratória surge freqüentemente nos indivíduos mal nutridos pelo menor estoque de substratos energéticos na fibra muscular. O estado nutricional deficiente está associado ao alto risco de mortalidade na DPOC grave. A PiMax é preditora da falência respiratória. A massa corporal e o VEF1 também influenciam a sobrevida. **Objetivos:** verificar a relação entre estado nutricional, força muscular e grau de obstrução das vias aéreas. Avaliou-se 24 pacientes (18 homens e 6 mulheres) com DPOC e idades entre 40 e 79 anos. Calculou-se: % de VEF1(ATS,1995) e % de PiMax e PeMax em relação ao normal. Estratificou-se o grupo conforme diagnóstico nutricional (desnutrição, eutrofia e sobrepeso) segundo IMC(OMS,1995). A severidade da DPOC variou entre moderado à muito grave (VEF1 entre 69,3 à 18,7%) onde 12,5% apresentavam VEF1 abaixo de 50%. A força muscular respiratória oscilou entre 26,3 e 109% do valor normal de PiMax e entre 15 à 71% de PeMax. Estes índices apresentaram alterações mais evidentes no grupo de pior função pulmonar (VEF1 médio de 30%) mostrando que o grau de obstrução foi o maior determinante da força muscular respiratória. A desnutrição mostrou-se como fator agravante desse comprometimento pois o grupo de desnutridos apresentou 58,3 e 38,6% dos valores normais de PiMax e PeMax respectivamente. O grupo de sobrepeso apresentou melhores percentuais de PiMax e PeMax, no entanto não atribuiu-se o fato ao excesso de reserva energética corporal exclusivamente, pois os doentes apresentavam VEF1 médio de 38,2%. Continuou-se o trabalho visando aumento da amostra e reavaliação dos resultados.

### O USO DE CORTICOSTERÓIDES EM PACIENTES COM ASMA E SEQUELA DE TUBERCULOSE

Corrêa JC, Zoucas MA, Pereira VMF, Lemle A, Marsico RMS. Instituto de Doenças do Torax – UFRJ

**Propósito:** Os glicocorticosteróides (GC) representam a melhor forma de tratamento antiinflamatório na asma brônquica (AB). É controverso seu uso em pacientes com seqüela de tuberculose pulmonar (TB).

Visando estudar esta controversia, acompanhamos 19 pacientes adultos com AB e seqüela de TB, que necessitaram utilizar CG, continuamente, nos últimos 12 meses.

Treze dos pacientes haviam tido TB há mais de 10 anos, dois entre 5 e 10 anos e 5 entre 1 e 5 anos. Apenas seis usaram quimioprofilaxia (TB) por estarem usando GC sistêmico continuamente. Os outros 13 pacientes não apresentaram recidiva da TB, apesar do uso contínuo de GC inalatórios em doses altas ou uso intermitente de GC sistêmico.

**Conclusão:** O uso de GC inalatório contínuo, durante 12 meses não determinou recidiva da TB, em pacientes com AB e seqüela de TB. Pretendemos ampliar o tempo desta observação prospectivamente.

### PULMÃO EVANESCENTE

#### ("VANISHING LUNG SYNDROME") EM MULHER JOVEM

Coutinho MCL, Cutrim DFA, Melo SOP, Duarte RLM, Barros Franco CA. Serviço de Pneumologia - HUCFF - UFRJ

O caso relatado trata de uma paciente feminina, de 38 anos, ex-tabagista com pequena carga tabágica (15 maços/ano), cujo quadro clínico se iniciou há 3 anos com dispnéia aos grandes esforços e história de pneumotórax espontâneo. Exame físico com estertoração crepitante em base esquerda. O quadro radiológico revelou enfisema bolhoso extenso, com grandes bolhas ocupando os terços superiores de ambos os pulmões, predominantemente à direita, poupando relativamente as bases pulmonares. A Prova de Função Respiratória, incluindo medidas da Capacidade de Difusão ao CO e dos Volumes Pulmonares, não evidenciou alteração significativa. A dosagem de alfa-1 antitripsina foi normal.

**Discussão:** relatamos um caso de Pulmão Evanescente em mulher jovem com pequena carga tabágica e dosagem normal de alfa-1 antitripsina, e uma dissociação radiológica e funcional importante. É um caso raro visto que esta doença incide principalmente em homens jovens com grande história de tabagismo. A literatura considera a indicação de bulectomia com grande melhora funcional, porém tendo em vista a multiplicidade das bolhas e a estabilidade clínica da nossa paciente, optamos pelo tratamento conservador, considerando a possibilidade de evolução, em pouco tempo, para transplante pulmonar, pois "Vanishing Lung Syndrome" constitui indicação para tal.

**Conclusão:** Pulmão Evanescente deve ser considerado como diagnóstico em pacientes com doença bolhosa difusa. É uma entidade rara cuja conduta terapêutica pode ser a bulectomia, ou mesmo o transplante pulmonar em casos muito avançados.

### GRAVIDADE DA ASMA BRÔNQUICA, EM PACIENTES COM SEQUELA DE TUBERCULOSE PULMONAR.

Marsico RMS, Zoucas MA, Pereira VMF, Lemle A, Corrêa JC. Instituto de Doenças do Torax- UFRJ

**Propósito:** Existem controvérsias em relação a evolução da asma brônquica (AB), em pacientes que tenham ou tiveram tuberculose pulmonar (TB). Visando analisar este aspecto foram estudados 22 pacientes com asma brônquica, atendidos nos últimos doze meses no Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ), que tiveram tuberculose pulmonar (n=19) ou com tuberculose em atividade (n=3). Seis são do sexo masculino e 16 do sexo feminino. O maior número dos pacientes se encontram na faixa etária entre 41 e 50 anos (n=7). O início dos sintomas da asma ocorreu na infância (n=14), assim como antes de terem tuberculose pulmonar. De acordo com a classificação da asma (NHLBI), a maioria dos pacientes tem asma persistente grave (n=14) e fazem uso de corticosteróides inalatórios de forma continuada, em altas doses. A espirografia, realizada em 17 pacientes, estava alterada em todos, sendo que 11 preencheram os critérios de diagnóstico de asma, do ponto de vista funcional, preconizado pela ATS (American Thoracic Association). Doze pacientes apresentam co-morbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica (n=5) e bronquiectasias (n=5), as mais frequentes.

Dos dezenove pacientes que apresentam tuberculose residual, treze haviam tido tuberculose há mais de 10 anos, dois entre 5 e 10 anos e cinco entre 1 e 5 anos. Os 3 pacientes que apresentaram tuberculose em atividade eram portadores de asma persistente leve e não necessitaram utilizar corticosteróides.

**Conclusão:** A associação AB e seqüela de TB faz com que a maioria dos pacientes apresente AB persistente grave. Salientamos que no IDT a clientela de pacientes com TB ou sequelas é alta, e, pretendemos continuar esta avaliação.

**BRONQUITE E ASMA: UMA QUESTÃO DE TERMINOLOGIA**

Santos MARC, Schreiner A, Sant'Anna CC, Pinto CFG, Fonseca AN, Saavedra MC. Instituição: Hospital Municipal Salles Netto, Rio de Janeiro.

**Objetivo:** Descrever as terminologias diagnósticas mais freqüentemente referidas em pacientes pediátricos, com sibilância, atendidos ambulatorialmente em um hospital da rede pública do Município do Rio de Janeiro.

**Método:** Foram analisados, retrospectivamente, prontuários de pacientes menores de 12 anos em seguimento no ambulatório de pediatria do Hospital Municipal Salles Netto, durante o mês de dezembro de 1998. Para tal utilizou-se um protocolo que permitiu descrever características quanto a idade, sexo e hipótese diagnóstica por ocasião do atendimento.

Das 286 (148M:138F) crianças estudadas, com idade média de 2 anos e 6 meses, 48% constituíram-se de pré-escolares e 36% de lactentes. Os diagnósticos mais referidos foram: asma (77%), bronquite (18%) e bronquiolite (5%). No grupo dos lactentes, 31% tiveram o diagnóstico de asma ou bronquite e 4,5% de bronquiolite.

**Conclusão:** A asma brônquica é uma doença prevalente na faixa pediátrica, com dados estatísticos mundiais variando de 5 a 20%. A maioria (84%) dos pacientes analisados tinha idade inferior a 5 anos, com distribuição similar em ambos os sexos. Sabe-se que neste grupo etário a confirmação do diagnóstico de asma é difícil pela escassez de testes objetivos que possibilitem demonstrar uma obstrução reversível do fluxo aéreo. Esta pode ser possivelmente a causa para a referência do diagnóstico de bronquite, inclusive entre os lactentes. É importante destacar que ainda hoje, embora erroneamente, os termos asma e bronquite são utilizados como sinônimos. Tal conduta deve ser evitada uma vez que somente com uma classificação diagnóstica correta será possível diminuir os atendimentos freqüentes em setores de emergência e as altas taxas de internações hospitalares.

**INFLUÊNCIA DO TABAGISMO NO QUADRO CLÍNICO E FUNCIONAL DE ASMÁTICOS**

Guedes L., Lopes A., Ceotto L., Fonseca A, Couto B., Lemle, A - Disciplina de Tisiopneumologia e Serviço de Pneumologia, Fac.Medicina, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Não há muitos estudos publicados sobre os efeitos do tabagismo no quadro clínico e funcional de asmáticos. Foi iniciado um projeto prospectivo, no qual são examinados doentes com diagnóstico institucional de asma, encaminhados ao laboratório de função pulmonar da instituição. São excluídos os doentes com cardiopatias descompensadas e pneumopatias, exceto DPOC. O desenho do estudo consiste em exame clínico com questionário específico e espirografia pré e pós broncodilatação. Neste tema livre, apresentamos os resultados dos exames dos primeiros 17 doentes. Nove eram fumantes ou ex-fumantes (FF- 2 homens, idades  $44,1 \pm 8,71$ ), e oito eram não fumantes (NF- 3 homens (NS), idade  $34,1 \pm 14,77$  (NS). Tempo de duração da doença: 24,8 anos (FF) e 19,8 (NF-NS). Nos FF 55,6% eram GINA 1 e 44,4% GINA 2 ou 3, e nos NF essas proporções eram 62,5% e 37,5% (NS). Não houve diferença significativa nas proporções de doentes com dispnéia habitual, tosse, chiado-sintoma, expectoração ou de sinais físicos nos dois grupos; 33,3% dos FF e 12,5% dos NF só usavam medicação de alívio (NS). Apesar de forte tendência das médias dos parâmetros espirográficos dos NF a superar as dos FF, as diferenças não atingiram nível significativo (CVF  $90,8 \pm 13,46$  e  $79,8 \pm 21,49$ ; CVF-pós  $98,6 \pm 12,77$  e  $91,8 \pm 18,53$ ; VEF1  $67,9 \pm 27,08$  e  $49,2 \pm 24,68$ ; VEF1-pós  $80,8 \pm 22,83$  e  $64,6 \pm 26,63$ ; VEF1/CVF  $73,1 \pm 20,88$  e  $59,2 \pm 14,61$ ; VEF1/CVF-pós  $81,1 \pm 17,13$  e  $68,3 \pm 17,28$ ; FEF25-75  $42,8 \pm 33,94$  e  $19,9 \pm 15,81$ ; FEF25-75-pós  $55,4 \pm 32,57$  e  $33,8 \pm 24,68$ ). Concluímos que o tabagismo pode estar agravando o distúrbio mecânico dos asmáticos, embora a duração da doença possa estar atuando como fator confundidor nesta amostra.

**ANÁLISE DA CAPACIDADE DE DIFUSÃO (DLCO) EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Benigno M, Machado TC, Nadais G, Lemle A.- D. Tisiopneumologia e Serviço de Pneumologia, Fac.de Med., HUCFF/UFRJ.

**Objetivo:** Explicar a redução da capacidade de difusão (DLCO) em pacientes com DPOC. Modelo: Estudo transversal retrospectivo.

**Material:** Prontuários de pacientes com DPOC do H.U.C.F.F

**Métodos:** Avaliar os possíveis mecanismos de diminuição de DLCO

:

Destruição da membrana alvéolo-capilar, comprovada por métodos de imagem (RX ou TC) ou pela medida da capacidade vital (CV). Irregularidade da relação ventilação perfusão, medida por alterações dos gases arteriais (PaO<sub>2</sub> e Pa CO<sub>2</sub>). Grau de obstrução, sendo considerados graves aqueles com VEF1/CVF menor que 60% e D VEF1 menor que 12%. Presença de co-morbidades. Resultados : Dos 14 prontuários analisados, 7 tinham DLCO normal e 7 DLCO reduzida (<80% do teórico). Dos 14, 1/14 tinha sinais de destruição ao RX (DL 34%), 2/7 tinham esses sinais a TC, 1 com DL normal e outro reduzida. 3/6 tinham CV lenta reduzida, 1 com DL reduzida; 6/7 tinham PaO<sub>2</sub> reduzida e 1/7 PaCO<sub>2</sub> elevada. Houve correlação entre a redução de VEF1/CVF e da DL tanto pelo teste univariado (p=0,03), quanto pelo de Student (p= 0,002). Paradoxalmente houve correlação inversa entre o diagnóstico de asma e a redução da DL (p=0,03 e p=0,01 respectivamente). A presença de outras co- morbididades não forneceu valores de significado estatístico.

**Conclusões** Os dados sugerem que o grau de obstrução parece ser o maior responsável pela diminuição da DLCO dos pacientes com DPOC. A co-morbidade asma pode realmente atuar como se fora um fator protetor, ou representar apenas um fator confundidor em pacientes mal diagnosticados. Para conclusões mais precisas, seria necessária a realização de um estudo com um número maior de casos.

**MECÂNICA RESPIRATÓRIA E CONTROLE DA VENTILAÇÃO EM ANIMAIS ANESTESIADOS COM PROPOFOL.**

Peratoner A, Nascimento C, Santana MCE, Lima JGM, Rocco PRM, Zin WA. Laboratório de Fisiologia da Respiração, Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O propofol é um anestésico utilizado em pacientes asmáticos por induzir broncodilatação sendo que, até o momento, há controvérsia acerca de seus efeitos respiratórios em indivíduos normais. Esse trabalho visa estudar a mecânica respiratória e o controle da ventilação em animais normais anestesiados com propofol. Doze ratos Wistar respirando espontaneamente durante uma hora foram divididos em dois grupos de 6 animais: 1) controle e 2) propofol (P). Os ratos foram sedados com diazepam (2.5 mg i.p.), anestesiados com pentobarbital sódico [controle (20 mg/kg i.p.)] ou com propofol (indução: 2mg/kg e manutenção: 0.05 mg/min) e traqueotomizados. Com base no traçado de fluxo, determinou-se os seguintes parâmetros: volume corrente (VT), tempos inspiratório, expiratório e total (TI, TE e TTOT, respectivamente), fluxo inspiratório médio (VT/TI), ciclo de trabalho (TI/TTOT), freqüência respiratória (f) e volume minuto (V'E). Utilizando-se o método do ciclo respiratório único computou-se: elastância (E), resistência (R) e constante de tempo (t) passivas do sistema respiratório. A pressão gerada pelos músculos inspiratórios durante expiração espontânea (P<sub>mus,i</sub>) e os tempos necessários para P<sub>mus,i</sub> decrescer a 50% (T50), 25% (T25) e 0% (TZ) da pressão dos músculos inspiratórios no início da expiração (P<sub>mus,i,0</sub>) foram computados. Utilizando-se o teste t-Student constatou-se decaimento em R e t. E não se alterou. Todos os parâmetros do controle da ventilação não se modificaram, exceto VT/TI que se elevou no grupo P. Em conclusão, o propofol é um anestésico que reduz a resistência do sistema respiratório em animais normais e aumenta o estímulo neuromuscular inspiratório. Apoio Financeiro: PRONEX-MCT, FAPERJ, CNPq, FINEP, CEPG-UFRJ

**EXPERIÊNCIA COM O TESTE INESPECÍFICO DE PROVOCAÇÃO BRÔNQUICA**

Azevedo KRS, Lara CFS, Bravo-de-Souza, RB - Serviço de Fisiopatologia Cardiopulmonar, Instituto de Doenças do Tórax - UFRJ

Em 22 pacientes do sexo feminino e 5 do sexo masculino [idade média de 43 anos (12 a 80 anos), 3 ex-fumantes e 24 não-fumantes], foram realizados 27 testes de provocação brônquica (TPB), 12 com histamina e 15 com metacolina, usando-se a técnica de inalação em volume corrente por 2 minutos. Iniciou-se com a concentração de 0,03mg/ml, dobrando-se sucessivamente as concentrações até 16mg/ml. O exame foi realizado para esclarecimento diagnóstico de: tosse em 10, dispnéia em 11 e dispnéia e tosse em 6. A espirografia basal mostrava 18 exames normais e 9 com distúrbio obstrutivo (todos em grau leve ou muito leve). Em apenas 1 exame a prova broncodilatadora foi positiva, porém em grau não-diagnóstico para asma. A média do VEF<sub>1</sub> basal no dia do TPB foi de 99% do teórico (77 a 124%T). A média da PC<sub>20</sub> foi de 2,73mg/ml (0,75 a 13,8mg/ml). A queda média do VEF<sub>1</sub> ao final do teste de 18,7%. O teste foi positivo (PC<sub>20</sub> £ 4mg/ml) em 9 pacientes e negativo (queda do VEF<sub>1</sub> ao final do teste < 20%) em 11. Em 7 pacientes, o resultado foi inconclusivo ou normal (4mg/ml < PC<sub>20</sub> £ 16mg/ml). A proporção de testes positivos entre os pacientes que tinham tosse como único sintoma não diferiu significativamente do restante do grupo. A tolerância ao teste foi boa: 12 pacientes tiveram sintomas leves, sendo necessário uso de broncodilatador em apenas 9, com resolução dos sintomas em todos. Um único paciente teve dispnéia moderada, que desapareceu com 1 única nebulização de b<sub>2</sub>-agonista. A duração média do teste foi de 44min (30 a 50min). Conclusão: o teste teve bom rendimento (20 de 27 pacientes tiveram teste compatível com asma ou tiveram esse diagnóstico excluído pela negatividade do teste), sendo bem tolerado, porém longo e cansativo. Protocolos encurtados devem ser avaliados visando facilitar a realização do teste.

**CIFOESCOLIOSE ACENTUADA EVOLUINDO COM COR PULMONALE - RELATO DE CASO**

Autores: Sampaio, M.S. - Lima, F.M.S. - Faria, E.C. - Judice, M.M. - Noronha, A.J. - Ferraz, D.M. - Hospital Universitário Pedro Ernesto - Serviço de Pneumologia

Homem branco de 29 anos, portador de cifoescoliose, foi admitido em razão de dispnéia aos grandes esforços com início há 3 meses e piora progressiva até os pequenos esforços, acompanhada de tosse, expectoração mucopurulenta e hemoptóicos. Referia emagrecimento de 3 kg adinamia, anorexia e sudorese noturna. Negava febre. O PPD foi não reator e a pesquisa de BAAR no escarro foi (-) em 3 amostras. Medicado com esquema I empírico durante dois meses sem melhora clínica. A rad. de tórax apresentava compressão do LSE em função da cifoescoliose e a TC de tórax revelou repercussão no parênquima pulmonar (LSE) e áreas com *air trapping*. Relatava litíase renal, submetido a LECO há seis meses. Negava tabagismo e etilismo. Ao exame físico de admissão encontrava-se cianótico em extremidades (++)/4. ACV: RCR em 3T (B4); FC:120 bpm PA:120x80 mmHg. Apresentava turgência de jugulares a 90°. A ausculta respiratória: MV diminuído no 1/3 sup. de HTE com estertores finos difusos; FR: 34irpm. Fígado palpável a 3cm da RCD. Os exames revelavam: Ht: 48,9 % e a gasometria: pH7,22 - PaO<sub>2</sub>: 49mmHg - PaCO<sub>2</sub>: 75mmHg - SatO<sub>2</sub>: 75,3 %. A PFR: síndrome restritiva acentuada com a CVF: 0,55L (12%); VEF<sub>1</sub>: 0,49L (12%), e relação VEF<sub>1</sub>/CVF normal: 88,6% (102%). O ECG: sobrecarga das cavidades direitas, confirmada pelo ecocardiograma que revelou dilatação da VCI e aumento da PAP. O esquema I foi suspenso e iniciada terapia para HAP com nifedipina 30mg/dia, furosemida 40mg/por dia e oxigenioterapia contínua. No 6º dia de internação houve melhora da dispnéia e desaparecimento da turgência de jugulares. Mas, após grandes esforços a dispnéia intensificava-se, com dessaturação arterial. Encaminhado para a reabilitação respiratória.

**TUBERCULOSE INFANTIL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**

Pacheco AGF; Soares ECC; Dias SMO; Cavalcante SC - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Objetivo e Métodos:** Analisar os casos de Tuberculose (TB) pediátrica notificados ao Programa de Controle da Tuberculose da Cidade do Rio de Janeiro no período de 1995 à 1997, comparando com os casos notificados entre adultos.

**Resultados:** Dos 29.974 casos de TB notificados, 1.466 (4,9%) ocorreram em crianças menores de 15 anos. A taxa de incidência em crianças diminuiu de 34,2/100.000 em 1995 para 24,2/100.000 em 1997, enquanto que entre os adultos permaneceu estável (148/100.000). Retratamento ocorreu em 11% das crianças e em 25% dos adultos, observando-se um aumento significativa desses percentuais ao longo do tempo, em ambos os grupos. Os casos pediátricos tiveram uma chance maior de serem notificados por Hospitais (RR=1.22; IC95% 1.10-1.35); não terem escarro colhido para realização de baciloscopia (RR=8.26; IC95% 7.23-9.43); não realizarem cultura para BK (RR=1.71; IC95% 1.44-2.03) e apresentarem doença extrapulmonar (RR=2.09; IC95% 1.87-2.33). As formas de apresentação ganglionar e pleural foram as mais comuns entre crianças e adultos, respectivamente. O teste tuberculínico foi realizado em 56% dos casos pediátricos e o resultado mostrou-se negativo em 22% deles. O teste anti-HIV foi realizado em 19% dos casos pediátricos e em 25% dos casos notificados entre adultos, porém entre as crianças, esta proporção subiu de 10% em 1995 para 28% em 1997 (p<0.001).

**Conclusões:** Embora as taxas de incidência de TB em crianças tenha decrescido, a proporção de casos de retratamento foi elevada. O grande número de casos notificados por hospitais e a pequena proporção de casos de TB confirmados aponta para dificuldades na abordagem diagnóstica da tuberculose em crianças.

**REUNIÕES DO PROGRAMA BOLSA-ESCOLA (PBE) DOS CLIENTES COM TUBERCULOSE (TB): ESTRATÉGIAS PARA ADESAO DO PACIENTE AO TRATAMENTO.**

1. Oliveira, Jaqueline; 2. Soares, ECC; 3. Gonçalves, JQ; 4. Pires, YAL; 5. Cavalcante, SC. 1. Enfermeira-Instituto de Doenças do Tórax (IDT) e da Gerência de Pneumologia Sanitária (GPS)-CDT-SMS; 2. Médica da GPS-CDT-SMS; 3. Estagiária Serviço Social-GPS-CDT-SMS; 4. Estagiária Enfermagem-GPS-CDT-SMS; 5. Gerente de Pneumologia Sanitária-CDT-SMS.

**Introdução:** O PBE, da Sec. Mun. Desenv. Social da cidade do R.J., tem como uma de suas metas fornecer bolsas de alimentos à 700 pacientes, do Prog. Cont. TB da Rede Mun. Saúde. São realizadas reuniões mensais e distribuídas bolsas aos pacientes que as frequentam. **Objetivos:** Conhecer estratégias usadas nas reuniões p/a aumentar a adesão dos pacientes ao Programa e os locais em que foram realizadas. **Metodologia:** Utilizou-se questionário padronizado abordando recursos audio-visuais; profissionais de saúde da área ou não participantes; locais das reuniões e temas mais discutidos. Do total de 28 prof. saúde responsáveis pelo PBE, 20 (71,4%) responderam ao questionário, entre maio/julho de 1999. **Resultados:** Dos 20 participantes, 17/20 (85%) eram Assistentes Sociais e 3/20 (15%) eram Enfermeiros. Quanto aos recursos audio-visuais usados: 18/20 (90%) álbum seriado, 100% cartilhas e folders e 5/20 (25%) quadro negro. Doze profissionais 12/20 (60%), entre enfermeiros, médicos e nutricionistas participaram das reuniões. Seis profissionais 6/20 (30%) pertenciam à outros locais como G.P.S., Grupos de Alcoolicos Anônimos e Grupos Contra a Drogadição. Na maioria dos locais, 16/20 (80%) a sala era fechada, sem a ventilação necessária para evitar que profissionais e pacientes corressem o risco de adoecer por TB. Temas mais frequentes foram: TB (100%), alimentação (100%), alcool (90%), uso de drogas (50%), previdência social (70%). **Conclusões:** Reuniões mensais são importantes para aderência do paciente ao tratamento de TB. Os temas favoreceram a compreensão do cliente acerca da TB e associação com álcool, drogas e contexto de vida. É importante maior participação de outros profissionais e que sejam feitas reuniões em área ventilada para proteção de todos (profissionais e pacientes).

### TRANSMISSÃO NOSOCOMIAL DO *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EM ALUNOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - UFRJ.

1. OLIVEIRA, Jaqueline; 2. GRIEP, Rosane; 3. MALVEIRA, Elisabete P.; 4. KRITSKI, Afrânio; 1. Enfermeira-Instituto de Doenças do Tórax; 2-3. Prof. Assist. Enf. Saúde Pública-EEAN-UFRJ; 4. Prof. Adjunto Pneumologia HUCFF-UFRJ.

Com o objetivo de conhecer a prevalência de tuberculose infecção entre alunos de graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, realizou-se estudo seccional em 417 alunos matriculados no 2º semestre-1997. Utilizou-se questionário auto-respondido e aplicação de teste PPD-S, através de técnica de Mantoux, com leitura 48-72 horas após aplicação. Considerou-se teste cutâneo PPD positivo a induração  $>$  ou  $=$  10mm. Resultados preliminares apontaram grupo jovem, média de 21 anos e predominância do sexo feminino (90,3%). A leitura de PPD em 402 alunos (97% dos entrevistados) revelou 19% de PPD positivo. Na análise univariada, não detectou-se associação significativa entre teste PPD positivo e as variáveis: período do curso de graduação, história de doença pulmonar, trabalho anterior ao ingresso na faculdade e trabalho atual em unidades de saúde ( $p=0,79$ ). Por outro lado, alunos que não apresentavam cicatriz de BCG-ID tiveram menores chances de serem fortes reatores ( $p=0,001$ ; OR-0,18 IC95% = 0,04,0,62). Conclui-se que a taxa de tuberculose infecção é elevada entre alunos de graduação da EEAN desde o ingresso no curso. Alunos não vacinados por BCG apresentaram tendência de PPD negativo. Considera-se necessário prosseguir a pesquisa através de estudo prospectivo, acompanhando alunos não-reatores no curso, detectando viragem tuberculínica, avaliando risco de adoecimento no ambiente de estágio.

### AValiação dos comunicantes de tuberculose através do exame clínico, teste tuberculínico e da radiografia de tórax

Caldeira, Z.M.R.C.; Sant'Anna, C.C.; Aidê, M.A. - H.U. Antônio Pedro. Pós-graduação em Pneumologia da UFF. Niterói. RJ

**INTRODUÇÃO:** O exame dos comunicantes de doentes com tuberculose pulmonar tem sido recomendado como medida preventiva importante, principalmente nos grupos de maior risco para desenvolver a doença, sendo responsável por cerca de 50% dos diagnósticos de tuberculose entre crianças, mesmo quando assintomáticas na avaliação inicial. **OBJETIVO:** Detectar doença ou infecção tuberculosa em crianças comunicantes de pacientes com tuberculose pulmonar. **METODOLOGIA:** Através de estudo descritivo, tipo transversal, realizado no CMS Heitor Beltrão, Rio de Janeiro, foram avaliadas prospectivamente, 184 crianças comunicantes de pacientes com tuberculose pulmonar, no período de março de 1995 a março de 1997. O diagnóstico de tuberculose foi obtido através do exame clínico, radiografia de tórax, teste tuberculínico e exame bacteriológico quando possível. **RESULTADOS:** A casuística foi composta por 98 meninos e 86 meninas. A faixa etária variou entre 0 a 15 anos, assim distribuída: 12 crianças de 0 a 11 meses (6,5%), 59, de 1 a 4 anos (32%), 68, de 5 a 9 anos (37%) e 45, de 10 a 15 anos (24,5%). Segundo o critério de Gomez, 26,9% das crianças eram desnutridas. Em relação à fonte de infecção, 170 (92,4%) foram intradomiciliares, das quais 66,5% eram os pais, e 163 (88,6%) eram BAAR positivo. A vacinação BCG foi constatada em 98,4% das crianças; 27 (14,7%) escolares foram revacinados. O teste tuberculínico foi aplicado em 181 crianças, das quais 110 (60,8%) foram reatoras fortes. Constatou-se viragem tuberculínica em 15 crianças. Estavam assintomáticos 75% dos comunicantes. Foram consideradas infectadas 76 (41,3%) crianças e detectaram-se 25 (13,6%) casos de tuberculose, dos quais, 28% estavam assintomáticos e 24% apresentavam tosse como único sintoma. A adenomegalia mediastínica foi o achado radiológico mais freqüente (48%). Os doentes (13,6%) foram tratados conforme as normas do Ministério da Saúde; 54 (29,4%) crianças foram submetidas à quimioprofilaxia com INH, por 6 meses, e 105 (57%) tiveram conduta expectante. **CONCLUSÃO:** Crianças comunicantes de pacientes com tuberculose devem ser examinadas, pois a detecção de doença e infecção tuberculosa foi elevada na população estudada. O exame dos comunicantes permite o diagnóstico de tuberculose em crianças ainda assintomáticas e identifica os infectados, os quais podem se beneficiar com a quimioprofilaxia.

### AValiação clínica de uma técnica de PCR associada à hibridização reversa (INNOLIPA - INNOGENETICS) em lavados broncoalveolares (LBA) para o diagnóstico de tuberculose (TB) paucibacilar.

Mello FCQ; Conde MB, Almeida LL; Bart; Kritski AL. Serviço de Pneumologia / HUCFF-UFRJ

**Objetivo:** avaliar um Kit Comercial de PCR para o diagnóstico rápido de TB paucibacilar.

**Métodos:** foram incluídos 79 pacientes, de unidades de saúde primárias e terciárias, encaminhados ao HUCFF para a realização de broncofibroscopia no período de 01 de julho de 1996 a 01 de julho de 1997. O LBA foi encaminhado para baciloscopia e, após descontaminação, uma alíquota foi inoculada no meio de Löwestein-Jensen e outra (de 500  $\mu$ l) foi submetida ao teste InnoLipa (Innogenetics). A seqüência amplificada correspondeu ao gen *rpoB* do *Mycobacterium tuberculosis* com leitura da reação após hibridização.

**Resultados:** usando o critério bacteriológico como padrão-ouro, a sensibilidade (sen), a especificidade (esp) e os valores preditivos positivo (vpp) e negativo (vpn) da técnica foram: 72,9%; 74,2%; 81,4% e 63,8%, respectivamente. Considerando-se o critério clínico como padrão-ouro, a sen, a esp e o vpp e vpn foram: 74,5%; 82,1%; 88,4% e 63,8%, respectivamente. Mutações associadas à resistência à rifampicina podem ocorrer neste gen, sendo o único caso de resistência nesta amostra foi identificado pelo teste.

**Conclusões:** o teste demonstrou elevada sensibilidade. Novos estudos são necessários para a avaliação dos fatores associados à limitada especificidade encontrada.

### MANIFESTAÇÕES ENDOBRÔNQUICAS DA TUBERCULOSE PULMONAR.

Gomes, V.A.M.; Fávero, A.L.; Oliveira, L.C.L. - Setor de Endoscopia Respiratória do Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ

Tuberculose Endobrônquica é manifestação incomum da Tuberculose Pulmonar, com freqüência na literatura variando de 10 a 30%. Geralmente é resultado de disseminação endobrônquica de secreção rica em bacilos ou do extravasamento de conteúdo linfonodal infectado para a árvore respiratória. As apresentações endoscópicas mais freqüentes são a hiperemia, o edema ou ulceração de mucosa, massa polipóide, pseudomembrana e fibroestenose, sendo os sítios mais acometidos os brônquios principais e os lobares superiores. A biópsia da lesão é o mais importante método diagnóstico com rendimento estimado em 80%, superior ao lavado broncoalveolar (10%) e o tratamento é o mesmo da tuberculose pulmonar, tendo o corticóide papel adjuvante controverso na prevenção da estenose brônquica. Apresentaremos 3 casos de tuberculose endobrônquica, a primeira, uma lesão polipóide, as outras manifestadas como pseudomembrana, mostrando também, em um dos casos, o aspecto após o tratamento. Os casos serão seguidos de discussão e revisão da literatura.

**IMPACTO NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO: SUSTENTABILIDADE E ESTRATÉGIAS CHAVES**

Tardin RT<sup>1</sup>, Oliveira NM<sup>2</sup>, Silva MCD<sup>3</sup>, Nogueira VT<sup>4</sup>, M LLS<sup>5</sup>, Patrolo MAA<sup>6</sup> 1 – Gerente de dermatologia sanitária SMS/RJ. 2-3-4-5 – Técnicas da gerência de dermatologia sanitária da SMS/RJ. 6 – Assistente CAP.3.1/RJ.

Esse trabalho pretende com base na análise das estratégias do programa de controle da hanseníase no município do Rio de Janeiro, contribuir para o aprofundamento da reflexão dos profissionais de saúde, que atuam no programa de controle da tuberculose, sobre a adoção do tratamento diretamente observado (DOT) padrão OPAS na melhoria da adesão ao tratamento com consequente aumento das taxas de cura.

A partir de 1990 foi marcante no Brasil a expectativa de que a estratégia de adoção no programa de controle de hanseníase da dose supervisionada mensal da poliquimioterapia (PQT padrão OMS) por si só produziria impacto significativo na adesão, com redução da prevalência, das taxas de abandono e melhoria na regularidade ao tratamento.

No município do Rio de Janeiro em 1991, antes da PQT, haviam 9044 casos em registro ativo, a prevalência de Hanseníase era de 16,50/10.000 habitantes, e a taxa de abandono de 58,5% no registro ativo, evoluindo para 1555 casos em registro ativo, prevalência de 2,79/10.000 habitantes, taxa de abandono de 5,9% e irregularidade de 5,4% na análise das coortes de 1998.

As autoras analisam as mudanças ocorridas nos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa considerando o número de pacientes / unidade, aspectos favoráveis e desfavoráveis para a adesão e as intervenções adotadas para a reversão da situação diagnosticada em 1991 no município do Rio de Janeiro, concluindo que a descentralização das ações de forma participativa tem garantido a sustentabilidade das estratégias de melhoria da qualidade da assistência: capacitação nas ações de controle, educação continuada, supervisão, visita domiciliar, planejamento, monitoramento e avaliação - Estratégias chaves das mudanças - permitindo na atualidade adoção de critérios de flexibilização da dose supervisionada.

Palavras – chave: sustentabilidade, estratégias, dose supervisionada.

**PERFIL DA TUBERCULOSE NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE PINDAR DE CARVALHO RODRIGUES - VI RA (GÁVEA)**

Queiróz, D; Knett, T.C.P., Cruz, M.T.A. Cazelli, C.M.; Santos, F.S.F; Esteves, K.

Fizemos um estudo retrospectivo no ano de 98 e foram registrados 377 casos novos de tuberculose. Destes, 55, 2% são do sexo masculino.

A razão entre os casos de indivíduos do sexo masculino e feminino foi de 1,8:1 (proporção igual a da AIDS).

A maioria dos casos notificados de tuberculose se apresentaram sob a forma pulmonar (84,1%) as formas extra-pulmonares mais prevalentes forma a pleural e ganglionar.

Em 56,8% dos casos novos de tuberculose pulmonar a baciloscopia de escarro foi positiva; em 16,7% foi negativa, em 8,8% dos casos novos notificados a baciloscopia de escarro não foi realizada, e em 17,7% tiveram baciloscopia solicitada mas manteve-se o registro como andamento.

Observamos 25% de abandono, considerando o período de julho de 97 a julho de 98, embora, no ano de 98, tivessem sido realizadas 47 visitas domiciliares, feitos 46 telefonemas e enviados 195 aerogramas, na busca destes faltosos.

Dos 377 casos novos no ano de 98, apenas 49 realizaram o teste anti-hiv:30 (8,0% do total de caos novos). Tiveram o resultado dos seus exames, sendo que 17 (56,7% dos exames com resultados, e 4,6% dos casos novos) apresentaram teste positivo; em 19 pacientes (63,3%), o teste foi solicitado mas encontra-se em andamento.

**A EPIDEMIA DE TUBERCULOSE BACILIFERO NO BANGU, RIO DE JANEIRO**

Santiago da Rocha M, de Assunção APR, Nogueira LAMV, Pinto dos Santos M, Vasconcelos J, DeRiemer K  
Centro Municipal de Saúde (CMS) Waldyr Franco, Bangu, Rio de Janeiro

No período do 1 de janeiro de 1997 ao 30 de junho de 1999, foram notificados 1.177 casos de tuberculose (TB) no Bangu, zona oeste do Rio de Janeiro. Déles, 723 (67,6%) foram casos de TB pulmonar bacilífero, capazes de manter a cadeia de transmissão. A proporção de casos de TB com um exame de BAAR positivo ao diagnóstico se aumentou cada seis meses ( $P < 0,001$ ). A taxa de casos abandonando ao tratamento foi reduzido usando aerogramas e visitas domiciliares para buscar e recuperar aos pacientes, mas a redução não foi significativo ( $P=0.149$ ).

| Semestre    | Nº. casos bacilíferos | Abandono | Transf. | Óbito | Ainda em tratamento | Terminou tratamento |
|-------------|-----------------------|----------|---------|-------|---------------------|---------------------|
| 01/97-06/97 | 161                   | 16,8%    | 3,1%    | 5,0%  | 0,0%                | 75,2%               |
| 07/97-12/97 | 170                   | 22,9%    | 6,5%    | 2,9%  | 2,4%                | 65,3%               |
| 01/98-06/98 | 176                   | 21,6%    | 2,3%    | 5,1%  | 2,3%                | 70,5%               |
| 07/87-12/98 | 216                   | 17,1%    | 4,2%    | 5,6%  | 9,7%                | 63,4%               |
| TOTAL       | 723                   | 19,5%    | 4,0%    | 4,7%  | 4,0%                | 68,2%               |

Se necessite estratégias e intervenções adicionais para reduzir a taxa de abandono e aumentar a taxa de cura entre os casos de TB bacilífero no Bangu. Alguns pacientes estão comenzando fazer a terapia diretamente observado (DOT).

**TUBERCULOSE DE GÂNGLIO PULMONAR, PLEURAL E PERICÁRDICA EM CRIANÇA**

David SG; Marques AM; Souza GG. - Hospital Municipal Jesus-RJ

Os autores descrevem um caso de tuberculose em criança, diagnosticado clinicamente, com acometimento gânglio pulmonar, pleural, pericárdico, hepático e esplênico. J.H.O.L, 4 anos, feminino, branca, natural e residente em Belford Roxo (RJ). Mãe saudável, pai usuário de drogas, criança contactante extradomiciliar com vizinha falecida devido a tuberculose. Refere emagrecimento e tosse nos últimos 4 meses, com 3 episódios de pneumonia. Desnutrição acentuada, anemia e dispnéia. A P com murmúrio vesicular diminuído no hemitorax esquerdo, estertores crepitantes e sopro tubário no hemitorax direito. Abdomen globoso e distendido, hepatoespleno-megalia. Hemograma com anemia e leucocitose discreta. PPD: não reator, teste anti-HIV: não reativo. Radiografia de tórax: hipotransparência no HTE. Ultra-som de tórax: derrame pleural moderado e hepatização do pulmão esquerdo. Ultra-som de abdomen: Hepatoesplenomegalia (Hepatimetria: E:8,4 e D:9,4cm; esplenometria:5cm). Toracocentese, saída de líquido amarelo citrino, 3.500 células, 60% de mononucleares, pH=8, proteínas 3,4g/dl. Cultura de líquido pleural negativa. Instituído antibioticoterapia de largo espectro: Oxacilina e Ceftriaxone. Pós toracocentese, imagem de opacificação nos 2/3 inferiores do HTE, redução do calibre do BFE sugerindo compressão ganglionar. Tomografia do tórax: área atelectásiaca com desvio do mediastino para esquerda. Presença de derrame pericárdico confirmado pelo ecocardiograma. Broncoscopia: presença de caseum na parede posterior do BFD, BFE; BLSE e BLI; obstrução 90% da luz do BPE por compressão das paredes anterior e posterior do BPE. Instituído esquema tríplice (RIP) para tratamento da tuberculose e corticoterapia com prednisona. A criança evoluiu com melhora clínica e radiológica considerável após instituição deste esquema terapêutico. Chama atenção a forma grave e disseminada que a tuberculose pode assumir na infância e a boa resposta aos tuberculostáticos.

### INDICAÇÕES NÃO ROTINEIRAS DE QUIMIOPROFILAXIA NA INFÂNCIA

David SG Sant'Anna, CC; Marques, AM. - Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro / Programa de Pós Graduação em Pediatria Universidade Federal Fluminense

É conhecida a eficácia da quimioprofilaxia em impedir a progressão da infecção à doença tuberculosa, em grupos tratados com Isoniazida. Esta, no entanto, continua a ser subutilizada em nosso meio.

**OBJETIVO:** Avaliar a quimioprofilaxia segundo as Normas do Ministério da Saúde, e em situações especiais, como crianças muito jovens, reatoras à prova tuberculínica, contactantes de adultos bacilíferos, embora vacinadas com BCG.

**MÉTODOS:** Estudo retrospectivo tipo corte transversal em 100 casos de quimioprofilaxia, oriundos do ambulatório de Pneumologia do HMJE (R.J). Variáveis analisadas: sexo, idade, vacinação BCG, grau de nutrição, reação ao teste tuberculínico, viragem tuberculínica, fonte de infecção em contato com as crianças, falência do esquema profilático, adesão ao tratamento e reações adversas à INH.

**RESULTADOS:** A casuística foi composta de 57 meninos e 43 meninas, 62% menores de 5 anos, vacinação prévia com BCG em 92% dos casos, desnutrição em 28%; 81% reatores fortes à tuberculina, viragem tuberculínica recente em 9% dos casos. Os pais representaram 60% da fonte de contágio conhecida, adesão à prevenção em 73%, falência da quimioprofilaxia em 1%, e efeito colateral à INH em 1% dos casos.

**CONCLUSÃO:** Conclui-se que 85% das recomendações de quimioprofilaxia deveriam-se a cobertura de grupos de alto risco para adquirir a doença, e apenas 15% seguiram integralmente as normas do Ministério da Saúde (1995), estando aí incluídos os 9 casos de viragem tuberculínica recente.

### TUBERCULOSE INTESTINAL EM CRIANÇA

David SG; Marques AM, Motta, A; Cruz, A; Wiering, ACG; Perez, AL. Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro

Os autores descrevem um caso de tuberculose intestinal em criança associado à SIDA. T.M.J., 10 anos, masculino, branco, natural e residente no Rio de Janeiro. Mãe aparentemente saudável, pai falecido por tuberculose há 1 ano. Cicatrizes de 2 vacinas BCG presentes no músculo deltóide. Operado recentemente de apendicite supurada e peritonite. À internação queixava-se de dor abdominal, febre diária, tosse e diarreia. Ao exame, desnutrição acentuada, palidez cutâneo mucosa, taquipnéia e presença de fístula estercoral na cicatriz cirúrgica do abdomen. Na tentativa de fechar clinicamente a fístula, instituiu-se alimentação parenteral, mas como não houve êxito optou-se pelo fechamento cirúrgico. Hemograma com anemia discreta e leucocitose com desvio para formas jovens. Teste tuberculínico não reativo e teste anti-HIV positivo na mãe e no filho. Radiografia de tórax: alargamento mediastinal e infiltrado pulmonar bilateral com lesões miliares. Ultra som abdominal: adenomegalia peri pancreática e hepática, hepatoesplenomegalia, baço com granuloma caseoso. Trânsito intestinal: jejuno e íleo proximal normais, alças ileais com processo inflamatório e trajeto fistuloso. Cultura do líquido peritoneal negativa para BAAR. Análise histopatológica do seguimento de pele e tecido subcutâneo: pele, tecido subcutâneo e musculatura estriada esquelética com múltiplos granulomas e fístula delimitada por tecido de granulação ou granuloma. Colorações especiais evidenciaram BAAR. Tomografia computadorizada de crânio: atrofia encefálica própria de encefalite pelo vírus HIV, sem lesão focal. Instituído esquema triplice (RIP) para tratamento da tuberculose, corticoterapia, drogas anti retro-viral (AZT e DDI), sulfametoxazol trimetopim em doses profiláticas para *Pneumocystis carinii*, antibioticoterapia de largo espectro. Evoluiu com melhora do estado geral, ganho ponderal e regressão da imagem radiológica pulmonar.

### TUBERCULOSE NA INFÂNCIA: ESTUDO DE 163 CASOS.

David SG; Marques AM, Costa NP; Martins MAP; Perez LM; Raymundo AM; Timóteo K. - Hospital Municipal Jesus-RJ

**OBJETIVO:** Verificar características da tuberculose na infância, manifestações clínicas e alterações radiológicas.

**MÉTODO:** Estudo retrospectivo de 163 casos de tuberculose durante 10 anos. Avaliou-se: sexo, idade, vacinação BCG, estado nutricional, teste tuberculínico, história de contacto com doença tuberculosa, motivo da consulta, estudo radiológico, bacteriológico e formas de apresentação da tuberculose. Necessidade de hospitalização, o tempo de internação, complicações da doença, esquema terapêutico, utilização de corticóide, evolução do tratamento.

**RESULTADO:** Dos 163 casos diagnosticados de tuberculose 108 (66,2%) foram de localização pulmonar, 55 (33,7%) extra pulmonar. As formas extra pulmonares mais frequentes foram: miliar, óssea e ganglionar periférica. Radiologicamente, o predomínio das lesões foram: linfadenomegalias torácicas 37 (22,6%); parenquimatosas 42 (25,7%) e mistas 21 (12,8%). Crianças menores de 11 meses e entre 1 e 5 anos representaram respectivamente 50 (30%) e 104 (63%) da casuística. Meninos representaram 58,2% e meninas 41,7%; 101 (61,9%) crianças com formas leves e acentuadas de desnutrição. Vacinadas com BCG 117 (71%) crianças; não vacinadas 24 (14%); em 22 (13,4%) este dado não pôde ser avaliado. Reagiu fortemente à tuberculina; 80 (49%) da casuística. Sintomas respiratórios e inespecíficos ocorreram respectivamente em 56 (34,3%) e 67 (41%) da casuística. Cento e dezesseis crianças foram hospitalizadas, 77 (66,3%) por período superior a 15 dias. Mais de dois terços evoluíram sem complicações. Esquema RIP utilizada quase na totalidade dos casos e corticoterapia empregada em 44 (27,8%). Completaram o tratamento 130 (79,7%) das crianças estudadas.

**CONCLUSÃO:** Os autores ressaltam a variedade da apresentação da tuberculose na infância e devido a dificuldade de isolar o bacilo de Koch nesta faixa etária faz-se necessário conjugar dados epidemiológicos, clínicos e radiológicos disponíveis.

### EMPIEMA POR TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE.

Zonin G A, Paulo PR, Rufino R. Disciplina de Pneumologia e Tisiologia da FCM/UERJ

Mulher, 38 anos, casada, do lar, apresentando febre alta diária, tosse com expectoração mucóide e emagrecimento. Ao exame clínico apresentava síndrome de pneumotórax à esquerda. Na história familiar o marido possuía tuberculose pulmonar há 8 anos com vários abandonos no seu tratamento, estando em uso de etambutol, clofazimina, cicloserina, ofloxacina e amicacina devido ao perfil de sensibilidade do bacilo (resistência à RIP e Z). A paciente realizou drenagem torácica em selo d'água à esquerda com visualização de líquido empiemático. Por duas ocasiões não se conseguiu a drenagem aberta. Obteve alta hospitalar porém houve necessidade de nova internação devido à recidiva do quadro clínico. Nesta reinternação foi feita nova drenagem torácica. Durante esse período a paciente estava em uso de RIP e Z, até o recebimento da cultura para BK e TSA realizada em amostra de escarro. O panorama de sensibilidade era idêntico ao do seu marido, caracterizando uma transmissão domiciliar primária de bacilo MDR. Foi iniciado, então, mesmo esquema tuberculostático com melhora gradativa de todos os sintomas. Ao final de 45 dias foi retirada a drenagem em selo d'água e alta hospitalar.

Discussão: A tuberculose sempre esteve endêmica em nosso país, porém a partir da década de 90 começou o surgimento de cepas resistentes ao esquema I com maior frequência, isto está sendo o desafio dos médicos sanitários nos dias de hoje. A alta taxa de abandono no nosso meio ainda permanece a ser resolvida, sendo ela a responsável principal pela disseminação dos bacilos multirresistentes, como a que ocorreu neste caso. Contudo, a paciente evoluiu de maneira satisfatória com negativação do BAAR no escarro em 3 exames. Um dos motivos do sucesso terapêutico parcial a este esquema foi a administração medicamentosa sob supervisão hospitalar. Acreditamos que em determinadas situações deva-se internar o paciente para total controle do seu tratamento, possivelmente estamos revivendo o passado com o retorno dos sanatórios para tratamento de tuberculose.

**PERFIL DA TUBERCULOSE EM CENTRO DE REFERÊNCIA**

Autores: Santos, M.V.A.; Santos, B.G.; Corrêa, J.C.; Figueiredo, S.C.  
- Disciplina de Pneumologia do Instituto de Doenças do Tórax.

Foi realizado um estudo prospectivo em 100 pacientes atendidos no Instituto de Doenças do tórax com o objetivo de determinar as características epidemiológicas, clínicas, radiológicas. Os pacientes foram analisados quanto à idade, sexo, cor, localização, bacteriologia, culturas, doenças associadas. Concluímos que a tuberculose permanece um problema de saúde pública atingindo as classes menos favorecidas, tendo alta prevalência na população, e ainda responsável por grande número de internações e óbitos. Tem aparecido casos em pessoas idosas em número significativo. A relação homem:mulher foi de 1,3:1. A baciloscopia e cultura de escarro continuam ser os melhores métodos para diagnóstico etiológico desde que seja empregada técnica confiável. O achado radiológico de um infiltrado associado a lesão cavitária é altamente sugestivo. O exame histopatológico da pleura é essencial ao diagnóstico definitivo quando está acometida, visto que somente pleurocentese é realizada em grande parte de nossos hospitais. Os quadros de hemoptise foram contornados em sua grande maioria por broncoscopia associada a lavagem com soro gelado e tratamento precoce nos casos suspeitos. Comorbidades como hipertensão, diabetes, DPOC estavam presente em alguns pacientes, mas não em número significativo quanto média de idade encontrada e da população em geral, porém poderá certamente influenciar no decorrer do tratamento e prognóstico. Anemia estava presente em um número significativo dos pacientes refletindo o baixo poder sócio-econômico das camadas mais atingidas.

**SOROLOGIA PARA TUBERCULOSE, NA TUBERCULOSE PULMONAR COM EXAME DE ESCARRO BAAR POSITIVO**

Correa JC, Horta RA. - Instituto de Doenças do Torax – UFRJ.

O diagnóstico bacteriológico da tuberculose pulmonar (TP) BAAR + é óbvio. Visando estabelecer a sensibilidade (S) e especificidade (E) de dois testes para pesquisa de anticorpos baseados no método de enzima-imunoensaio (EIA): Pathozyme-Myco (antígeno presente em todo o genero Mycobacterium) e Pathozyme-TB (antígeno específico do M.tuberculosis), do Laboratório Merck, estudamos prospectivamente, entre maio de 1996 e abril de 1998, 28 pacientes adultos com TP BAAR+ e cultura para bacilo de Koch (BK) +. Resultados:

Pathozyme-Myco: S= 64,3%, E= 100%, Valor Preditivo Positivo (VPP)= 100%, Valor Preditivo Negativo (VPN) = 73,7%.

Pathozyme-TB: S= 39,3%. E=100%. VPP= 100%. VPN=62,2%.

Conclusões: Os dois testes são altamente específicos, sendo a pesquisa do Pathozyme-Myco mais sensível.

**SOROLOGIA PARA TUBERCULOSE, NA TUBERCULOSE PLEURAL**

Correa JC, Horta RA. - Instituto de Doenças do Tórax – UFRJ.

O diagnóstico bacteriológico da tuberculose Pleural (TP), é difícil, sendo a pesquisa do BAAR e cultura para BK nos líquido e fragmentos pleurais habitualmente negativas. Um método rápido para o diagnóstico, nestes casos, pode ser a sorologia. O sorodiagnóstico da TP tem longa história, com o desenvolvimento recente de antígenos mais purificados. Visando estabelecer a sensibilidade (S) e especificidade (E) de dois testes novos, para pesquisa de anticorpos no sangue, baseados no método de enzima-imunoensaio (EIA): Pathozyme-Myco (antígeno presente em todo o genero Mycobacterium) e Pathozyme-TB (antígeno específico do M.tuberculosis), do Laboratório Merck, estudamos prospectivamente, entre maio de 1996 e abril de 1998, 12 pacientes adultos com TP. O diagnóstico de TP foi baseada no achado de processo inflamatório crônico granulomatoso no fragmento pleural, a histopatologia.

Resultados:

Pathozyme-Myco: S= 33,3%, E= 100%, Valor Preditivo Positivo (VPP)= 100%.

Pathozyme-TB: S= 25,0 %. E=100%. VPP= 100%.

Conclusões: Na TP, a sorologia positiva, pode ser diagnóstica em até 1/3 dos casos e é altamente específica.

**SOROLOGIA PARA TUBERCULOSE, EM PNEUMOPATIAS NÃO-TUBERCULOSAS**

Correa JC, Horta RA. - Instituto de doenças do Tórax – UFRJ.

O diagnóstico bacteriológico da tuberculose pulmonar (TP), é baseado atualmente na pesquisa direta e cultura para BK no escarro. A sorologia como método diagnóstico da TP tem longa história e recentes progressos com a utilização de antígenos mais purificados. Visando estabelecer a sensibilidade (S) e especificidade (E) de dois testes para pesquisa de anticorpos baseados no método de enzima-imunoensaio (EIA): Pathozyme-Myco (antígeno presente em todo o genero Mycobacterium) e Pathozyme-TB (antígeno específico do M.tuberculosis), do Laboratório Merck, estudamos prospectivamente, entre maio de 1996 e abril de 1998, 28 pacientes adultos com pneumopatias não tuberculosas (PNT), visando pesquisar sua positividade em pacientes sem tuberculose, para validação dos mesmos. Resultados:

Ambos os testes foram negativos nos 28 pacientes.

Conclusões: A positividade dos dois testes é altamente específica para tuberculose, sendo sempre negativo em PNT

### SOROLOGIA PARA TUBERCULOSE, EM PACIENTES COM SEQUELA DE TUBERCULOSE PULMONAR.

Correa JC, Horta RA. - Instituto de Doenças do Tórax – UFRJ.

O diagnóstico bacteriológico da tuberculose pulmonar (TP), é baseado atualmente na pesquisa direta e cultura para BK no escarro. A sorologia como método diagnóstico da TP tem longa história e recentes progressos com a utilização de antígenos mais purificados. Visando estabelecer a sensibilidade (S) e especificidade (E) de dois testes para pesquisa de anticorpos baseados no método de enzima-imunoensaio (EIA): Pathozyme-Myco (antígeno presente em todo o gênero Mycobacterium) e Pathozyme-TB (antígeno específico do M.tuberculosis), do Laboratório Merck, estudamos prospectivamente, entre maio de 1996 e abril de 1998, 12 pacientes adultos com seqüela de TP, visando pesquisar sua positividade em pacientes com tuberculose inativa, para validação dos mesmos. Resultados:

Os testes foram positivos em 30% destes pacientes, principalmente naqueles com menos de 1 ano do término do tratamento anti-TP.

Conclusão: A sorologia para TP pode permanecer positiva, em 30% dos pacientes até 1 ano após o tratamento.

### DIFICULDADE NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO ESCAVADA EM PACIENTE COM PARACOCIDIODOMICOSE E TUBERCULOSE PULMONAR EM ATIVIDADE

Werneck P, Santos R L, Santos M L, Monteiro N. - Enfermaria de Pneumologia- Hospital Universitário Antônio Pedro –UFF

A associação de paracoccidiodomicose em pacientes com tuberculose pulmonar pode ocorrer em até 8 a 14 % dos casos (podendo chegar a 35% em centros especializados). O diagnóstico de ambas geralmente pode ser dado pelo exame microbiológico do escarro. Entretanto, os aspectos radiológicos das lesões de cada uma das infecções podem ser úteis no diagnóstico diferencial de casos nos quais até o exame histopatológico é negativo. Nestes casos, não há um tratamento adequado, o que determina uma forma arrastada de doença, cujo prognóstico é reservado. Este estudo visa relatar um caso de paracoccidiodomicose em associação com tuberculose, discutindo os aspectos radiológicos encontrados, as implicações no diagnóstico diferencial a partir de uma revisão da literatura.

### CIRURGIA DA TUBERCULOSE PULMONAR RESISTENTE A MÚLTIPLAS DROGAS (TPRMD)

Guimarães CA, Montessi J, Marsico GA, Clemente AM, Saito EH, Costa MM, Mesquita EDDM, Pereira VMF. - Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Introdução.** No IDT-UFRJ se conceitua a TPRMD como a que resulta da falência dos dois esquemas normalizados no Brasil ou a que apresenta resistência à RMP, INH, SM e/ou EMB. **Objetivo.** Analisar a efetividade do tratamento cirúrgico da TPRMD. **Método.** Foram analisados os prontuários de 61 pacientes, operados no período de janeiro de 1980 a fevereiro de 1998. A amostra foi composta de 48(79%) homens e 13(21%) mulheres, com idades variando entre 17 e 68 anos (média de 37 anos). Todos os pacientes apresentavam baciloscopia do escarro positiva para BAAR. **Resultados.** O seguimento foi realizado em todos os casos, exceto um. A doença era muito avançada em 52 (85%) dos casos e moderadamente avançada em 9 (15%) deles. Houve 71 operações, 33 (47%) pneumonectomias, 17 (24%) lobectomias, 11 (16%) toracoplastias, 5 (7%) plumbagens, 3 ressecções em cunha (4%), 1 (1%) ligadura brônquica. A letalidade operatória foi de 14%. Os resultados foram favoráveis (cultura de escarro negativa) em 31 (52%) dos casos; desfavoráveis (cultura de escarro positiva) em 19 (32%). Dentre os 25 pacientes com doença unilateral, houve 3 (12%) óbitos operatórios, com resultados favoráveis em 20 (80%) e desfavoráveis em 2 (8%). Em 17 pacientes com doença unilateral + contralateral estável, houve letalidade operatória de 18%, com resultados favoráveis em 7 (41%) e desfavoráveis em 7(41%). Na série de 19 pacientes (um sem seguimento) com doença bilateral, houve 4 (21%) óbitos operatórios, com 4 (23%) de casos favoráveis e 10 (56%) de desfavoráveis. **Conclusões.** A efetividade do tratamento cirúrgico da TPRMD é boa na maioria (80%) dos casos de doença unilateral; em casos selecionados com doença contralateral estável (41%) e na minoria (23%) dos casos (operação curativa) de doença bilateral.

### IMPORTÂNCIA DO EXAME DOS COMUNICANTES DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

#### RELATO DE CASO

Caldeira, Z.M.R.C.; Sant'Anna, C.C.; Aidê, M.A. - H.U. Antônio Pedro. Pós-graduação em Pneumologia da UFF. Niterói. RJ

**INTRODUÇÃO:** Crianças em contato com adultos com tuberculose pulmonar são de alto risco para contrair a infecção ou doença tuberculosa. O exame dos comunicantes tem permitido cerca de 50% do diagnóstico de tuberculose em crianças.

**OBJETIVO:** Mostrar a importância do exame das crianças comunicantes de pacientes com tuberculose pulmonar.

**METODOLOGIA:** Relato de caso de uma família, na qual o pai era portador de tuberculose pulmonar, com baciloscopia positiva para BAAR (++++). A avaliação dos comunicantes foi realizada através do exame clínico, radiografia de tórax, teste tuberculínico.

**RESULTADOS:** Família, de baixo nível sócio-econômico, constituída pelo pai, mãe e quatro filhos, sendo dois meninos, com idade de 10 e 9 anos, e duas meninas com idade de 7 e 3 anos. Pai com tuberculose pulmonar, com baciloscopia positiva para BAAR, em tratamento com esquema RIP, há três meses. Mãe assintomática e com radiografia de tórax normal. Todas as crianças receberam vacina BCG ao nascimento e eram eutróficas. Na ocasião do diagnóstico do pai, as crianças estavam assintomáticas e tiveram radiografia de tórax normal e teste tuberculínico não reator (0mm). Após três meses, embora se mantivessem assintomáticas, apresentaram viragem tuberculínica com teste tuberculínico de 18mm, 20mm, 23mm e 15mm, respectivamente. Nesta ocasião, a radiografia de tórax evidenciou adenomegalia hilar, em três das quatro crianças, sendo que apenas a menina de três anos apresentou radiografia de tórax normal. As crianças que apresentaram alteração na radiografia de tórax foram tratadas com esquema tríplex, conforme as normas do Ministério da Saúde e a menor, que tinha radiografia normal, foi submetida à quimioprofilaxia com INH, por 6 meses.

**CONCLUSÃO:** Crianças comunicantes de pacientes com tuberculose devem ser examinadas, mesmo se assintomáticas e vacinadas com BCG. Sabe-se que a vacina BCG não confere proteção total para a tuberculose e o fato da criança estar assintomática não descarta a possibilidade da doença.

### TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS COMUNICANTES DE TUBERCULOSOS

Caldeira, Z.M.R.C.; Sant'Anna, C.C.; Aidê, M.A. - H.U. Antônio Pedro. Pós-graduação em Pneumologia da UFF. Niterói. RJ

**INTRODUÇÃO:** A maioria dos casos de tuberculose em crianças são complicações da infecção primária. Geralmente a criança é infectada por adulto bacilífero com o qual convive no mesmo ambiente.

**OBJETIVO:** Enfatizar o controle dos comunicantes como meio de diagnóstico de tuberculose em crianças.

**METODOLOGIA:** Relato de caso

**RESULTADOS:** Menina de 12 anos, residente em Nova Iguaçu, desnutrida, vacinada com BCG, com queixa de tosse, febre e perda de peso há dois meses. Teste tuberculínico não reator. Radiografia de tórax com lesões cavitárias em terço inferior do pulmão direito e condensações em pulmão esquerdo. Baciloscopia do escarro positiva para BAAR (+++). Avô, pai e cunhado, todos residentes na mesma casa, com tuberculose pulmonar. Avó com hanseníase. Através da avaliação dos comunicantes, chegou-se a duas outras crianças que residiam na mesma casa: uma com dois anos, com queixa de tosse, desnutrição acentuada (5.800g), teste tuberculínico 15mm e radiografia de tórax com imagem de condensação em terço inferior do pulmão esquerdo, foi tratada com esquema tríplice, ocorrendo melhora clínica e radiológica; a segunda, de 5 anos, também desnutrida (12.000g), sem queixas respiratórias, teste tuberculínico 17mm e radiografia de tórax normal, que foi submetida a quimioprofilaxia com INH.

**CONCLUSÃO:**

A tuberculose em crianças traduz falha no controle da doença, mostrando uma transmissão recente que não foi interrompida. O controle dos comunicantes nem sempre é realizado, perdendo-se a oportunidade da prevenção, sendo o contato averiguado, só posteriormente, quando a criança já está doente e sintomática.

### PERFIL DA TUBERCULOSE EM CENTRO DE REFERÊNCIA

Santos, M.V.A.; Santos, B.G.; Corrêa, J.C.; Figueiredo, S.C. - Disciplina de Pneumologia do Instituto de Doenças do Tórax.

Foi realizado um estudo prospectivo em 100 pacientes atendidos no Instituto de Doenças do tórax com o objetivo de determinar as características epidemiológicas, clínicas, radiológicas. Os pacientes foram analisados quanto à idade, sexo, cor, localização, bacteriologia, culturas, doenças associadas. Concluímos que a tuberculose permanece um problema de saúde pública atingindo as classes menos favorecidas, tendo alta prevalência na população, e ainda responsável por grande número de internações e óbitos. Tem aparecido casos em pessoas idosas em número significativo. A relação homem:mulher foi de 1,3:1. A baciloscopia e cultura de escarro continuam ser os melhores métodos para diagnóstico etiológico desde que seja empregada técnica confiável. O achado radiológico de um infiltrado associado a lesão cavitária é altamente sugestivo. O exame histopatológico da pleura é essencial ao diagnóstico definitivo quando está acometida, visto que somente pleurocentese é realizada em grande parte de nossos hospitais. Os quadros de hemoptise foram contornados em sua grande maioria por broncoscopia associada a lavagem com soro gelado e tratamento precoce nos casos suspeitos. Co-morbidades como hipertensão, diabetes, DPOC estavam presente em alguns pacientes, mas não em número significativo quanto média de idade encontrada e da população em geral, porém poderá certamente influenciar no decorrer do tratamento e prognóstico. Anemia estava presente em um número significativo dos pacientes refletindo o baixo poder sócio-econômico das camadas mais atingidas.

### AVALIAÇÃO DA POSITIVIDADE DA BACILOSCOPIA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR EM AMBULATÓRIO DE REFERÊNCIA PARA TUBERCULOSE

Costa PA, Pessôa CLC, Aidê MA, Silva Jr CT, Teixeira LAC - Pneumologia / Dispensário Escola Mazzini Bueno (DEMB) / UFF

Em 1996, 318 pacientes com tuberculose iniciaram tratamento no DEMB/UFF/RJ. A tuberculose pulmonar (TP) ocorreu em 245 (77%) pacientes. Dentre os pacientes com TP 169 (68,9%) eram do sexo masculino, 130 (55,8%) eram brancos e 103 (44,2%) eram pretos ou pardos. A idade variou de 8 a 88 anos (média de 38,4 anos). O exame de escarro simples serviu ao diagnóstico de 154 (62,8%) dos pacientes com TP e quando associado ao escarro induzido este valor subiu para 175 (71,4%). Havia RX de tórax de 223 pacientes com TP, destes 120 (53,8%) apresentavam cavitação. O escarro simples ou induzido foi positivo para tuberculose em 100 (83,3%) dos pacientes que apresentavam cavitação no RX de tórax contra 52 (50,4%) dos pacientes com TP sem cavitação ao RX ( $p < 0.001$ ). A cultura para micobactéria foi positiva em sete (6,8%) dos pacientes com TP sem cavitação ao RX, aumentando a positividade do escarro no grupo sem cavitação ao RX para 57,3%.

**Conclusões:** 1. Os percentuais encontrados para a baciloscopia do escarro em pacientes com TP e cavitação ao RX são significativamente maiores que os encontrados para os pacientes com TP sem cavitação ao RX e os valores encontrados estão em consonância com a literatura consultada; 2. É importante a baciloscopia ser feita dentro de técnica apurada e por pessoal bem treinado, haja vista, sua eficácia e baixo custo; 3. É necessário disponibilidade da cultura para micobactéria nos serviços de referência para tuberculose, principalmente para os pacientes que não apresentam cavitação ao RX de tórax; 4. A necessidade do uso de outros procedimentos, como a broncoscopia, para afastar outros diagnósticos em pacientes com cavitação ao RX de tórax e baciloscopia negativa.

### BRONQUITE OCUPACIONAL EM PEDREIRAS DO RIO DE JANEIRO

Lemle, A., Araújo, A.J., Albuquerque, H.C., Correia, L.C., Markowitz, S. - D. de Tisiopneumologia, S.de Pneumologia, Fac.Med., HUCFF/UFRRJ, FIOCRUZ, Fund.Nac.Saúde, USP, Fogarty Program, MT Sinai/Queens College, N.York

A Bronquite Ocupacional (BO) só recentemente vem sendo reconhecida como entidade nosológica distinta. Sua prevalência e características em trabalhadores de pedreira não foram estudadas. Nosso grupo já havia evidenciado aumento de frequência de tosse e expectoração em trabalhadores de pedreiras. A regressão logística tem mostrado que o tabagismo e principalmente, as comorbidades explicam melhor esses sintomas nessas ocupações do que a maior ou menor exposição ao pó de pedra. Assim, não são frequentes os casos desses trabalhadores com tosse e expectoração há mais de 2 anos atribuíveis à exposição ao pó de pedra. Tendo estudado 437 trabalhadores pudemos identificar 6, com tosse e/ou expectoração por mais de 2 anos e sem comorbidades capazes de causar o sintoma. Eram 5 homens e 1 mulher, de 22 a 48 anos; 3 em ocupações definitivamente expostos e 3 não, proporção igual à do grupo todo. Nenhum tinha silicose, e apenas 1 tinha redução da CVF. Nenhum tinha obstrução. Concluímos que, usando critérios extremamente rígidos de exclusão, apenas 1,5% dos trabalhadores de pedreira examinados foram considerados suspeitos de BO. Esse número é insuficiente para descrever a enfermidade. Após a identificação de métodos de diagnósticos objetivos, critérios menos rígidos permitirão estudar um maior número de pacientes. O presente estudo contribui para ratificar a ocorrência de bronquite crônica exclusivamente por exposição ao pó de sílica.

**ESTUDO DA ASMA BRONQUICA EM PEDREIRAS**

Lemle, A., Araújo, A.J., Albuquerque, H.C., Correia, L.C., Vidaurre, A e Markowitz, S. - D. de Tisiopneumologia, S. de Pneumologia, Fac.Med., HUCFF, UFRJ, FIOCRUZ, Fund. Nac. Saúde, USP, Fogarty Program, MT Sinai/Queens College, N.York

A asma ocupacional está se tornando cada vez mais frequente. Em algumas séries, chega a representar 10% de todos os casos da doença. Nos ambulatórios de doenças ocupacionais, começa a superar os casos de pneumoconiose. Nas ocupações expostas à sílica, uma das mais importantes no nosso meio, não há muitos estudos. Apresentamos os dados referentes à asma em 437 trabalhadores de 6 pedreiras da área do Rio de Janeiro. Foram feitos exames clínicos, com questionário padronizado, radiológico e espirográfico, 46 (10,4%) tiveram asma ("asmáticos"); 11 (23,9%) dos "asmáticos" tiveram a primeira crise depois dos 18 anos. A prevalência foi semelhante em 5 pedreiras (10 a 14,3%), e menor na que tinha mais exposição (7,5%). Todos os "asmáticos" eram homens; média das idades 39,6 anos; 15 tinham ocupações definitivamente expostas ao pó de sílica e 31 não; 16 (3,6%) tinham asma atual. Onze (23,9%) dos asmáticos tiveram a primeira crise depois dos 18 anos. Não houve correlação significativa dos "asmáticos", com maior exposição ( $p > 0,05$ ), e sim com atopia ( $p < 0,05$ ). A correlação entre "asmáticos" e chiado foi altamente significativa ( $p < 0,01$ ); 15,4% dos "asmáticos" tinham padrão obstrutivo e a diferença das médias de VEF1/CVF entre "asmáticos" e não asmáticos foi significativa ( $p < 0,01$ ).

Resumindo, a frequência da asma entre trabalhadores de pedreira foi semelhante à da população em geral, portanto acima do esperado na profissão, e o início foi na idade adulta em cerca de 1/4, dados sugestivos de uma origem ocupacional da doença. Contudo, não houve correlação com maior exposição e sim com antecedentes alérgicos, dados contrários a essa hipótese.

**AValiação Respiratória em Trabalhadores Expostos à Poeira de Sílica no Estado do Rio de Janeiro**

Castro, H.A; Ribeiro, P.C; Correa, L.C.A; Santos, E.M; Lemle, A. - CESTE-H-Fiocruz; Faculdade de Medicina - HUCFF/UFRJ; CRPHF/MS

Foi realizada avaliação respiratória, em 495 trabalhadores expostos à poeira de sílica, encaminhados para o ambulatório de Pneumologia Ocupacional do CESTE-H-Fiocruz, nos últimos seis anos, sendo 37,9% do sexo feminino e 62,1% do sexo masculino. Trabalhadores com RX compatível com pneumoconiose (PN) 121 (24,4%) e com RX normal (NL) 374 (75,6%), tabagistas 62,1% e não tabagistas 37,9%. Média de idade no grupo PN 43,6%  $\pm$  8,1 e no grupo NL 41,1%  $\pm$  8,4.

Os sintomas e a espirometria são apresentadas nas tabelas abaixo.

Tabela I - Sintomas de acordo com as alterações radiológicas (%).

| Radiologia | Tosse |      | Dispnéia |      | Chiado |      | Expectoração |      |
|------------|-------|------|----------|------|--------|------|--------------|------|
|            | S     | N    | S        | N    | S      | N    | S            | N    |
| PN         | 45.7  | 54.3 | 15.7     | 84.3 | 30.2   | 69.8 | 36.3         | 63.7 |
| NL         | 29.3  | 70.7 | 9.2      | 90.8 | 15.9   | 84.1 | 36.6         | 63.4 |
| TOTAL      | 33.7  | 66.3 | 10.9     | 89.1 | 19.7   | 80.3 | 36.5         | 63.5 |

PN = Pneumoconiose NL = Rx normal S = Sim N = Não

Tabela II - Alterações funcionais de acordo com as alterações radiológicas (%).

| Radiologia | CVF  |      | VEF1 |      | VEF1/CVF |      |
|------------|------|------|------|------|----------|------|
|            | <80  | ≥80  | <80  | ≥80  | <70      | ≥70  |
| PN         | 15.9 | 84.1 | 26.9 | 73.1 | 18.5     | 81.5 |
| NL         | 7.6  | 92.4 | 14.1 | 85.9 | 13.8     | 86.2 |
| TOTAL      | 9.7  | 90.3 | 17.3 | 82.7 | 15.0     | 85.0 |

PN = Pneumoconiose NL = Rx normal

A população estudada apresentou percentual elevado de sintomas respiratórios, destacando-se a tosse e a expectoração, incluindo os com rx normal. Verificou-se uma prevalência maior de sintomas no grupo com pneumoconiose, bem como a presença de alterações funcionais neste mesmo grupo. O elevado percentual de sintomáticos respiratórios ainda permanece como um problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro.

**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EM PORTADOR DE SILICOSE.**

Autores: Ferreira, S.P. - Costa, A.A. - Monteiro, A. S. - Sampaio, M.S. - Ferraz, D.M. Jansen, J.M. - Hospital Universitário Pedro Ernesto - Serviço de Pneumologia

Homem branco de 66 anos, portador de silicose há 28 anos foi admitido para tratamento de infecção respiratória. Atendido em emergência há 2 semanas com febre alta, tosse, expectoração purulenta e piora da dispnéia. Medicado com ceftriaxona apresentou melhora parcial. Na emergência apresentou episódio de perda da consciência e insuficiência respiratória necessitando de intubação oro-traqueal e acoplagem à ventilação mecânica por cerca de 40 minutos, evoluindo para melhora rapidamente. Referia ser ex-tabagista de 20 maços-ano. Na admissão, sua rad. de tórax evidenciava redução volumétrica de ambos os HTs e infiltrado difuso. Apresentava os seguintes exames: gasometria: pH: 7,48 - PaO<sub>2</sub>: 59mmHg - PaCO<sub>2</sub>: 40 mmHg. ECG: revelava ESSV. Ecocardiograma: normal. PFR: distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, com relação VEF1/CVF de 41,9% (50%) e redução CV por hiperinsuflação (CVF: 1,76L - VEF1: 0,74L). Após alguns dias observava-se melhora clínica da infecção respiratória. Porém apresentou novo episódio súbito de insuficiência respiratória. Necessitou-se de intubação e ventilação mecânica. Com poucas horas, retomou a consciência, o *drive* respiratório e a estabilidade hemodinâmica. Procedeu-se a extubação. Novo ecocardiograma revelou PAP em torno de 48 mmHg caracterizando HAP. A cintilografia V/Q demonstrou média probabilidade de TEP. O duplex scan venoso de MMII e o doppler de carótidas, a fundoscopia e o EEG foram normais. O holter de ECG evidenciou taquicardia supraventricular não sustentada. A arteriografia pulmonar demonstrou *stop* na artéria do LSD. Iniciada anticoagulação e após 2 semanas evoluiu com melhora, sem repetição de novos eventos de insuficiência respiratória, recebendo alta médica.

**ALTERAÇÕES MORFOFUNCIONAIS EM TECIDO PULMONAR DE UM MODELO EXPERIMENTAL DE SILICOSE.**

Silva GH, Kurtz PMP, Faffe DS, Negri E, Rocco PRM, Zin WA. Laboratório de Fisiologia da Respiração, Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Analisou-se, durante oscilações senoidais, resistência (R), elastância (E), e histeresividade (h) em strips pulmonares de camundongos (25-30g) 15 dias após instilação intraqueal de salina [C, (50ml)] ou sílica [Sil, (20 mg /animal)]. Realizou-se a morfometria do tecido para definir sua constituição anatômica e celularidade. Os strips (10 x 3 x 3 mm) foram obtidos da periferia do pulmão esquerdo e suas tensões basais (Lo) computadas. Os strips foram suspensos num banho orgânico preenchido com solução de Krebs (37°C), borbulhada com 95% O<sub>2</sub>-5%CO<sub>2</sub>. Uma extremidade do strip foi conectada a um transdutor de força e a outra a uma alavanca que produz deslocamento. Os strips foram oscilados na tensão basal, numa amplitude de 5 % Lo, em várias frequências (f = 0,03; 0,1; 0,3; 1 e 3 Hz). E, R, e h foram computados com base na curva tensão vs deslocamento. Ao final de cada experimento, os strips foram fixados em Carnoy na tensão basal. Entre os strips Sil e C, observou-se: (i) E aumenta linearmente com o logaritmo de f, (ii) R diminui hiperbolicamente com f, (iii) h foi significativamente maior em 0.03 Hz, mantendo-se inalterado com o aumento de f, (iv) strips Sil apresentaram R e E maiores que C, independentemente de f, (v) h foi similar em Sil e C, (vi) Sil e C tiveram constituição anatômica similar, e (vii) em Sil, a infiltração celular correlacionou-se com as alterações funcionais, ocorreu aumento do número de polimorfonucleares e diminuição dos mononucleares. Assim, na silicose experimental há uma clara modificação da micromecânica tecidual sustentada por alterações morfológicas.

**Apoio Financeiro:** FAPERJ, PRONEX-MCT, CNPq, FINEP, CEPG-UFRJ.

### ESTUDO DAS POPULAÇÕES CELULARES DO LAVADO BRONCOALVEOLAR EM DIFERENTES FASES EVOLUTIVAS DA SILICOSE

Ferreira A, Caetano R, Moreira JM, Moreira V, Clemente C, Quirico-Santos T - Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF

O objetivo do estudo foi caracterizar as populações celulares presentes no lavado broncoalveolar (LBA) nas diversas fases evolutivas da silicose. A lavagem broncoalveolar foi realizada em 10 pacientes silicóticos e em 7 indivíduos saudáveis (grupo controle). O segundo procedimento foi repetido num intervalo de tempo que variou de 5 a 34 meses. A lavagem broncoalveolar foi realizada com 100ml de solução salina estéril. A celularidade total foi determinada em câmara de Neubauer e a viabilidade das células, determinada pelo teste de exclusão com azul tripan. A contagem diferencial foi realizada em preparações de citocentrífuga, utilizando-se 100ml da suspensão celular. As lâminas foram coradas pelo Wright-Giemsa sendo examinadas 200 células. A contagem diferencial foi expressa em percentual de macrófagos, linfócitos e leucócitos polimorfonucleares. Os pacientes silicóticos apresentaram em relação ao grupo controle um aumento significativo ( $p < 0,01$ ) na celularidade total no LBA e uma tendência à elevação do percentual de linfócitos. Não foi observada diferença relevante no volume de líquido recuperado entre a primeira e a segunda lavagem. No entanto, houve uma nítida tendência à redução da celularidade total no segundo lavado. Não foram observadas alterações significativas na contagem diferencial das células, quando se comparou o primeiro e o segundo lavado. Esses resultados sugerem que a diminuição do número de células recuperadas no segundo LBA, que ocorreu com a evolução da doença, deve-se, possivelmente, às fases evolutivas dos nódulos silicóticos, que se tornam mais fibróticos e menos celulares à medida que a silicose progride.

### ANÁLISE DO CONTEÚDO PROTÉICO DO LAVADO BRONCOALVEOLAR DE PACIENTES COM SILICOSE

Ferreira AS, Moreira JS, Moreira VB, Aidé M, Clemente C, Quirico-Santos T. - Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF

O objetivo do estudo foi determinar as alterações no conteúdo protéico do lavado broncoalveolar (LBA) nas diversas formas de silicose. A lavagem broncoalveolar foi realizada em 26 pacientes silicóticos com a forma simples ( $n=12$ ), complicada ( $n=13$ ), e aguda ( $n=1$ ) da doença e em 7 indivíduos saudáveis (grupo controle). As proteínas totais foram determinadas pelo método de Lowry modificado e a albumina e imunoglobulinas IgG e IgA por nefelometria. Os pacientes silicóticos apresentaram aumento da proteína total em relação ao grupo controle. Não foi observada diferença significativa na concentração de albumina no LBA dos indivíduos do grupo controle e pacientes silicóticos. No entanto, os pacientes com silicose complicada apresentaram valores superiores àqueles com silicose simples. Essas alterações foram ainda mais acentuadas no paciente com silicose aguda, sugerindo a possibilidade de haver lesão da membrana alveolocapilar. Foi observado um aumento acentuado ( $p < 0,01$ ) no conteúdo local de IgG e IgA no LBA dos pacientes silicóticos. Entretanto, não foi observada diferença significativa entre os grupos de pacientes com silicose simples e complicada. O paciente com silicose aguda apresentou aumento marcante de IgG e IgA no LBA. Apesar de não ter sido determinada a concentração das proteínas séricas (albumina, IgG, IgA), o aumento acentuado de imunoglobulinas em relação à albumina no LBA dos silicóticos permite inferir estar havendo uma produção local de imunoglobulinas. Conclusão: A análise do conteúdo protéico do LBA de pacientes silicóticos e da relação Ig/albumina permitiu não somente determinar a existência de lesão da barreira alveolocapilar, como também caracterizar uma produção local de imunoglobulinas no microambiente pulmonar.

### SILICOTUBERCULOSE:

#### ANÁLISE DE 55 CASOS ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO (UFF)

Ferreira AS, Lannes D, Moreira VB, Gabetto JM, Souza AM, Myagui T. - Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF

A principal complicação da silicose é a tuberculose. A provável causa da maior susceptibilidade à tuberculose está relacionada à disfunção macrófagica e a alterações na drenagem linfática pulmonar. Os objetivos do trabalho foram: 1) verificar a incidência de tuberculose nos pacientes silicóticos atendidos no HUAP, 2) avaliar o comprometimento pulmonar e extra-pulmonar da tuberculose nesses pacientes, 3) estudar a influência da tuberculose na evolução da pneumoconiose. Foi feita revisão de 198 prontuários de pacientes atendidos no HUAP, no período de março de 1986 a dezembro de 1998, com história de exposição a poeiras. O diagnóstico de silicose foi confirmado em 125 casos (história ocupacional e alterações radiológicas compatíveis com a doença). Nos pacientes que apresentaram tuberculose durante o período de acompanhamento ambulatorial a confirmação diagnóstica foi baseada na pesquisa direta e/ou cultura do bacilo (escarro, lavado brônquico, líquido pleural) ou nos achados de biópsia. A influência da tuberculose na evolução da pneumoconiose foi avaliada com radiografias seriadas. A tuberculose foi confirmada em 38 pacientes. Em 17 casos houve suspeita radiológica, mas não foi possível a confirmação. A média de idade dos pacientes foi de 44 anos e o tempo médio de exposição à poeira de 14 anos. 24 deles apresentaram a forma pulmonar da doença e 14 a extra-pulmonar. Dos 34 casos que realizaram radiografias seriadas, 24 apresentaram piora radiológica e em 10 a radiografia de tórax não se alterou. Conclusão: 1) a incidência de tuberculose nos pacientes silicóticos foi bastante elevada (30,4%) no nosso meio, piorando a evolução da silicose em 70% dos casos. 2) O comprometimento pulmonar foi maior que o extra-pulmonar.

### LINFOMA NÃO-HODGKIN PULMONAR E DUODENAL CONCOMITANTE EM PACIENTE HIV-REATOR. RELATO DE CASO

Duarte RLM; Melo SOP; Coutinho MCL; Quintella LP; Loivos LPP; Barros Franco CA. - Serviço de Pneumologia e Anatomia Patológica HUCFF-UFRJ.

O objetivo do trabalho é relatar um caso de linfoma não-Hodgkin de células B (LNHB) pulmonar e duodenal simultâneo em uma paciente HIV-reatora com diagnóstico por necropsia no HUCFF.

Paciente feminina, 51 anos, ex-tabagista de 12 maços/ano, sabidamente HIV-reatora desde dezembro de 1998, sem neoplasias/infeções oportunistas e sem uso de medicação antiretroviral. Em 10.02.1998 início de dor abdominal difusa, de média intensidade, constipação intestinal, disfagia, febre ocasional e emagrecimento. Ao exame: hipocorada, hipohidratada, icterica, candidose oral, PA=80x50, FC=100, FR=30, afebril, diminuição do murmúrio vesicular em base de hemitórax direito com roncocal, abdome doloroso difusamente, sem irritação peritoneal. Radiografia de tórax: massa pulmonar para-hilar esquerda. Exames de sangue:  $K^+=3.4$ , LDH=426, bilirrubina total=6.9 (fração direta=5.2), gama-GT=519., hemoglobina=10.2, leucócitos=2800, gasometria arterial normal. Ultra-som abdominal: dilatação do cístico, hepático comum e colédoco, com *stop* em cabeça do pâncreas por formação expansiva (15mm). Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada: lesões tumorais em 2ª e 3ª porções duodenais e na ampola de Vater. Óbito em 01.04.99 por sepse de foco abdominal. Necropsia: massa duodenal submucosa ulcerada e massa pulmonar brancocenta em lobo superior esquerdo por LNHB (alto grau de malignidade).

Discussão e conclusões: LNHB é comum no HIV, cujo sítio extranodal mais frequente é o trato gastrointestinal, onde lesão duodenal é rara; bem como pulmonar sem invasão linfonodal. Não há relatos prévios na literatura de LNH pulmonar e duodenal simultâneo, sem lesão hepatoesplênica e linfonodal.

**CISTOS PULMONARES EM PACIENTE HIV REATOR.**

Autores: Sampaio, M.S. – Lima, F.M.S. – Faria, E.C. – Judice, M.M. – Capone, D. - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Mulher negra de 43 anos, divorciada, agricultora e natural de Colatina (ES) internada para investigação de cistos pulmonares. Relatava que em 3 anos apresentou sete episódios de pneumonia, necessitando de internações hospitalares em algumas ocasiões. Evoluiu com dispnéia aos médios esforços, desconforto torácico, taquicardia e edema vespertino de membros inferiores. Negava sudorese noturna, emagrecimento ou anorexia. Realizou radiografias de tórax seriadas após a recuperação dos processos pneumônicos que mostravam sempre discreto infiltrado reticular em ambas as bases pulmonares. A TC de tórax evidenciou cistos pulmonares difusos, mais proeminentes nas bases pulmonares. Com história de hemotransfusão há 15 anos por complicações obstétricas. Negava etilismo e tabagismo e em sua residência havia um galinheiro. Negava comportamento sexual de risco. Ao exame de admissão encontrava-se com bom estado geral, afebril, acianótica e com baqueteamento digital. Não observavam-se adenomegalias. À ausculta respiratória identificavam-se estertores finos em 2/3 terços inferiores de ambos HTs; a FR: 18 irpm. O restante do exame físico era normal. Os exames de admissão revelavam: Ht: 31,6 %, Leu: 3.110 /mm<sup>3</sup> (0,8-1,8-0-0-1-59-22,3-16); LDH 332 UI/l; Pesquisa de anti-HIV: positiva. A PFR e a broncofibroscopia foram normais, assim como a análise do lavado brônquico não acrescentou informações relevantes ao diagnóstico. A paciente manteve-se assintomática sendo encaminhada para o ambulatório de SIDA e posteriormente submetida a biópsia pulmonar por toracotomia que revelou laudo histopatológico compatível com bronquiectasias, no entanto solicitou-se revisão histopatológica da lâmina de biópsia.

**TUBERCULOSE PULMONAR GRAVE EM PACIENTE COM SIDA.**

Faria, E.C., Sampaio, M.S., Lima, F.M.S., Judice, M.M., Capone, D. - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Mulher branca de 38 anos soropositiva para o HIV há 6 anos, foi internada para tratamento de pneumonia com início há 3 meses. Medicada com levofloxacina 500mg/dia por 2 semanas apresentando melhora clínica. Após 1 mês reapresentou febre moderada, tosse seca e dor na região escapular direita. A rad. de tórax revelava condensação no LM. Medicada com amoxicilina por mais 2 semanas, retornando com queda do estado geral, febre alta, tosse seca, emagrecimento de 5kg e dor torácica posterior direita. Infectada através de hemotransfusão há 12 anos para correção de anemia crônica. Em uso irregular de anti-retrovirais (3TC, D4T e indinavir). Apresentava critérios de falência medicamentosa (carga viral de 670.000 cópias e contagem de CD4 de 1/mm<sup>3</sup>). Ao exame físico de admissão encontrava-se em regular estado geral, emagrecida, febril com as mucosas hipocoradas (+++/4) e desidratadas. Oroscopia: candidose oral. PA: 90x60mmHg. À ausculta respiratória o MV estava audível uniformemente com roncos em ambas as bases pulmonares. Os exames complementares revelavam: Hg: 8,1 g%; Ht: 23,6%, Leu: 5.300/mm<sup>3</sup> (0-0-0-1-6-83-2-8). A rad. de tórax revelava infiltrado alveolar extenso em LM e LID. Iniciado esquema antimicrobiano amplo com ceftazidima, amicacina e clindamicina. Após 3 dias de terapêutica, apresentava melhora clínica parcial, mantendo picos febris. Submetida a broncoscopia que demonstrou processo inflamatório difuso (++/4) e presença de secreção purulenta em LM. A pesquisa de BAAR no lavado brônquico foi positiva (+++). Os agentes antimicrobianos foram suspensos e iniciou-se esquema I para TP com excelente resposta terapêutica após 2 semanas, recebendo alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial.

**TUBERCULOSE DE LÍNGUA EM UM PACIENTE HIV-POSITIVO**

Ligeiro M.J.; Visser S., Salluh J.I., Moreira R.B., Muzy G.R.S., Franco C.A.B. - Serviço de Pneumologia / Serviço de Infectologia - HUCFF / UFRJ

Resumo: Relatamos o caso de um paciente com diagnóstico de AIDS há um ano, em uso de antiretrovirais, porém gravemente imunocomprometido, que apresentava dor abdominal difusa associado a febre e tosse seca de evolução subaguda; notava-se ao exame lesão ulcerada acastanhada e indolor, na porção medial da língua, adenomegalia axilar, hepatoesplenomegalia e ascite, havendo ainda acometimento difuso do parênquima pulmonar e derrame pleural volumoso bilateral. O diagnóstico foi estabelecido por pesquisa de BAAR e cultura para BK positiva no linfonodo, escarro induzido e fragmento da lesão da língua.

Discussão: A AIDS é uma das comorbidades mais importantes no momento que contribuem para o aumento da taxa de incidência de mTB. Estima-se que no Brasil a taxa de co-infecção AIDS/mTB seja de 3 a 4%. Neste contexto atual a forma disseminada da tuberculose tornou-se mais freqüente, porém o acometimento da cavidade oral é raro, e ainda, das localizações descritas dentro da cavidade oral, a língua é a mais infreqüente delas.

Conclusões: A AIDS em muito tem contribuído para aumentar a incidência da tuberculose no Brasil, torna-se freqüente a disseminação hematogênica do bacilo nestes pacientes principalmente em estágio avançado de doença, porém a língua, seja por acometimento primário ou secundário, ainda é um sítio extrapulmonar pouco comum.

**ASSOCIAÇÃO PARACOCCIDIOIDOMICOSE E HIV: RELATO DE CASO.**

Anjos, W.C.; Marinè Neto, J.; Amaral Jacques, A.C. - Hospital do Andaraí - Serviço de Pneumologia. CMS José Paranhos Fontenelle - Serviço de Infectologia.

Paciente masculino, preto, 28 anos de idade, solteiro, pedreiro, natural do Espírito Santo e residindo no Rio de Janeiro há dez anos. Admitido, no Hospital do Andaraí, com relato de febre até 38 graus sem horário definido associado a epigastralgia em queimação, emagrecimento de 11kg e surgimento de linfonodomegalias no pescoço há dois meses. Antecedente de apendicectomia aos 20 anos de idade sem hemotransfusão. Tabagista desde os 14 anos de idade (06 cigarros/dia). Etilista diário desde os 16 anos de idade. Negava uso de drogas ilícitas, promiscuidade sexual ou uso de preservativos regularmente. No espírito Santo, trabalhou, durante dez anos, na plantação de milho e feijão. Apresentava-se hipocorado (++/4+), emagrecido e eupneico. Presença de gânglios de 02-03 cm de diâmetro sem aderência a planos profundos ou fistulização em cadeias sub-mandibulares e sub-mentoniana, cervicais, axilares e inguinais. O exame do aparelho respiratório era normal. Abdomen difusamente doloroso à palpação superficial e profunda. Submetido a: 1) Hemograma que mostrou anemia normocrômica e normocítica; 2) Teleradiografia de tórax evidenciando infiltrado intersticial difuso poupando ápices e bases pulmonares com discutível adenomegalia hilar direita; 3) Endoscopia Digestiva alta com gastrite antral leve e hérnia de hiato; 4) US de abdome evidenciando linfonodomegalia para-aórtica; 5) Anti-Hiv negativa; 6) sorologia para Paracoco negativa e 7) Biópsia de linfonodo cervical compatível com Paracoccidiodomicose.

O presente relato tem por objetivo rever a literatura sobre a associação de duas patologias comuns em nosso país, que habitualmente não são vistas em um mesmo paciente. O maior número de casos descritos são nacionais em indivíduos com evidências de SIDA e com sintomas pulmonares associados a imagem radiológica. Sinalizamos para a importância da inclusão da Paracoccidiodomicose no diagnóstico diferencial de infiltrados pulmonares em pacientes HIV positivos assintomáticos respiratórios com ou sem história de moradia em ambiente rural.

**LESÃO CAVITÁRIA TUBERCULOSA EM CRIANÇA COM SIDA**

David SG; Marques AM. Aloe M; Duarte MAC; Amoedo A; Franco DR - Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro

Os autores descrevem um caso de SIDA em criança, com manifestações clínicas comuns, porém com imagem pulmonar tuberculosa não observada habitualmente na infância. J.H.P.G., 2 anos e 7 meses, masculino, pardo, natural e residente em Santa Cruz (RJ). Internado com história de pneumonia de repetição e otite média crônica secretante. Mãe saudável e pai usuário de droga. Desnutrição acentuada, secreção purulenta drenando e dos condutos auditivos externos, e A P com murmúrio vesicular diminuído em LSD face anterior, com sopro tubário, e estertores crepitantes na face posterior deste lobo, e na base do hemitorax esquerdo. À radiografia condensações retículo-nodulares em ambos os pulmões, com formação bolhosa no LSD. Espessamento maxilar, velamento etmoidal e mastoidite crônica. Ultra som abdominal: anomalia de rotação renal. Urografia excretora: rins em ferradura. Cintigrafia renal DMSA EDTPA normal. Ecocardiograma: fração de ejeção no limite inferior de normalidade. Teste anti-HIV da criança e da mãe: reativo. Culturas da secreção do conduto auditivo: Proteus sp, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus sp e a última negativa. Hemogramas semanais com anemia discreta e leucocitose. Hemoculturas negativas; PPD não reator. Broncoscopia: processo inflamatório difuso moderado e diminuição da luz do bronquio do LID. TC do tórax com lesão cavitária de paredes espessadas no LSD e linfadenomegalia hilar direita. Antimicrobianos de amplo espectro baseados nas cultura e antibiogramas, foram empregados em conjunto medicação anti retro-viral (AZT e DDI). Devido a história epidemiológica positiva para tuberculose, persistência das anormalidades radiológicas e pelo exames tomográficos e broncoscópicos foi instituído esquema triplice (RIP) para tratamento da tuberculose. A criança evoluiu com melhora clínica e radiológica considerável após instituição deste esquema terapêutico. Chama atenção apresentação atípica da tuberculose nesta faixa etária.

**TUBERCULOSE EM CRIANÇAS – INCIDÊNCIA EM HIV POSITIVO (1992 – 1998)**

Martire T M, Peregrino S, Mazzarone M, Tavares M R, Lima A J. - Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Trata-se de estudo retrospectivo realizado no Setor de Pneumologia Pediátrica do HUGG num período de 6 anos, que teve como objetivo conhecer as características da Tuberculose na população pediátrica (até 8 anos e 11 meses), assim como conhecer a prevalência de HIV + nesta faixa etária.

Neste período foram encontrados 35 casos de Tuberculose, sendo: sexo masculino: 19/35. Sexo feminino: 16/35, contato domiciliar: 14/35, marca vacinal de BCG: 26/35, PPD não reator: 7/35, PPD entre 10 e 15: 8/35, PPD maior que 15: 3/35, BAAR + 4/35, cultura para *Micobacterium tuberculosis*: 2/35. O HIV foi detectado em 11 crianças, equivalendo a 31,4% dos casos. O tratamento convencional com o esquema RIP foi eficaz nos 35 pacientes, havendo efeitos colaterais em apenas dois. Dois pacientes HIV + evoluíram para o óbito.

Concluimos que a Tuberculose ainda constitui um grave problema de saúde pública, pois quase metade das crianças pesquisadas possuíam contato domiciliar e a maioria possuía marca de BCG. O contágio intradomiciliar foi encontrado em 40% das crianças estudadas, mostrando que a busca de pacientes a partir do caso índice é de suma importância para o diagnóstico precoce da Tuberculose. A marca vacinal pelo BCG foi verificada em 74,2%; demonstrando que ainda continua sendo a melhor proteção contra as formas graves da doença (meningite/miliar). O PPD não reator foi encontrado na maioria dos pacientes HIV +, fato este justificado pela imunodepressão moderada/severa. O binômio T.P./ AIDS foi detectado em 31,4% das crianças, a elevada prevalência de HIV + no grupo estudado se deve ao fato do Hospital Universitário ter um ambulatório específico para Tuberculose e outro para HIV/AIDS.

**HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR PRIMÁRIA EM HIV**

Belo CS, Ferreira SP, Costa AA, Papinutto A, Rufino R. - Disciplina de Pneumologia e Tisiologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto

Relato de Caso: Paciente HIV positivo há 4 anos, com início de dispnéia aos pequenos esforços há duas semanas, evoluindo com dispnéia em repouso. Há 1 semana relata tosse seca. Nessa ocasião procurou auxílio médico sendo solicitado Rx de tórax que foi normal e ecocardiograma transtorácico que demonstrava hipertensão arterial pulmonar de 78mmHg, além de aumento das cavidades direitas. Na investigação da HAP, a cintilografia pulmonar foi de baixa probabilidade para tromboembolismo pulmonar e a arteriografia pulmonar afastava a possibilidade de TEP. Os exames para doença do colágeno eram negativos e não fazia uso prévio de anoréticos. Sua contagem de CD4+ era de 200cel/ml. Discussão: A hipertensão pulmonar primária é uma doença que acomete pessoas na faixa etária de 30 a 40 anos, com predomínio do sexo feminino. Possui como característica marcante as lesões plexiformes vistas pela anatomia-patológica (hipertrofia da média com proliferação da íntima laminar – tipo concêntrica), porém esta alteração anatomopatológica está presente em outras doenças, como a cirrose hepática e hipertensão portal, uso de anoréticos (fenformin) e síndrome de Eisenmenger. O modelo fisiopatológico predominante é da injúria endotelial levando a hipertrofia do músculo liso, hipóxia local e trombose com recanalização. Apresentando auto-perpetuação desconhecida deste mecanismo. Na AIDS, a sua incidência está aumentada sendo uma das hipóteses a repetidas infecções pelo *Pneumocystis carinii*. O diagnóstico diferencial principal é com o TEP. Nesta paciente, foi realizado a arteriografia para afastar definitivamente esta possibilidade e também a exclusão de fatores associados a hipertensão arterial primária. A conduta preconizada no serviço foi a terapia com oxigênio e o uso de vasodilatador.

**TUBERCULOSE EM ADOLESCENTES: INCIDÊNCIA EM HIV POSITIVO (1992 – 1998)**

Martire T M, Peregrino S, Mazzarone M, Tavares M R, Carvalho S. - Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Com o objetivo de se conhecer as características da Tuberculose entre adolescentes tratados no Setor de Pneumologia Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, assim como se conhecer a prevalência de HIV positivo nesta faixa etária, foi feita uma análise retrospectiva de 15 paciente em 6 anos.

As informações pesquisadas e os resultados encontrados foram os seguintes: sexo masculino 6/15, sexo feminino 9/15, marca vacinal pelo BCG: 12/15, contato domiciliar: 7/15, PPD não reator: 2/15, PPD entre 10 e 15: 6/15, PPD maior que 15: 1/15, BAAR positivo: 4/15, broncoscopia: 2/15. O HIV foi detectado em apenas 1 dos 15 casos.

O achado radiológico mais encontrado foi o infiltrado intersticial difuso, seguido de imagem cavitária em ápice de hemitórax esquerdo e imagem de condensação em lobo superior e médio de hemitórax direito. O tratamento convencional com o esquema RIP foi eficaz em 14/15 pacientes, havendo resistência em 1/15.

Concluimos que o contágio intradomiciliar foi detectado em 46,6% dos pacientes estudados. O PPD foi reator forte em 46,6% dos casos analisados. A baciloscopia direta foi positiva em 46,6% mostrando sua grande utilidade como método diagnósticos de baixo custo operacional. A prevalência de HIV (+) inferior a esperado, se deve provavelmente ao fato de todos os pacientes soro positivo do nosso ambulatório, com história de contágio domiciliar, estarem em regime de quimioprofilaxia. Apenas 1 em 15 apresentou resistência primária mostrando a baixa prevalência de M. D. R. entre os adolescentes.

Sugestão: a busca de casos a partir dos contactantes continua sendo importante para o diagnóstico precoce da Tuberculose.

### TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: INCIDÊNCIA DE HIV POSITIVO (1992 – 1998)

Martire T M, Peregrino S, Mazzarone M, Tavares M R, Dias R M - Universidade do Rio de Janeiro (UNI-RIO – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

Foi feito um estudo retrospectivo de 45 pacientes com Tuberculose extra-pulmonar na faixa etária até 18 anos e 11 meses, atendidos no Setor de Pneumologia Pediátrica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, entre janeiro de 1992 e dezembro de 1998.

Os resultados encontrados foram: até 8 anos e 11 meses: 23/45; de 9 a 18 anos e 11 meses: 22/45, sexo masculino: 25/45, sexo feminino: 20/45, contato domiciliar: 10/45, marca vacinal de BCG: 16/45, PPD não reator: 4/45, PPD reator fraco: 2/45, PPD entre 10 e 15: 6/45, PPD maior que 15: 1/45. O HIV foi detectado em 6/45 pacientes. A forma extra-pulmonar mais encontrada foi a Tuberculose ganglionar (17/45) seguida da Tuberculose pleural (10/45), Tuberculose óssea (6/45), Tuberculose miliar (4/45), Meningite Tuberculose (3/45), Tuberculose pericárdica (2/45), Tuberculose peritoneal (2/45) e Tuberculose hepática (1/45). Nos pacientes HIV positivos a forma mais encontrada foi a ganglionar (4/6).

Concluimos que a prevalência da Tuberculose Extra-pulmonar foi semelhante para os dois grupos: crianças e adolescentes. A forma ganglionar (37.7%) seguida da pleural (22.2%) foram as mais encontradas entre os 2 grupos analisados (crianças e adolescentes).

A Associação BK/AIDS se deu na proporção de 13.3% dos casos analisados. O dado reafirma que a Tuberculose Extra-pulmonar é indicativa de fazer o teste anti-HIV em todos os pacientes.

Sugestão: diante das formas Extra-pulmonares existe indicação de se investigar imunodeficiência.

### MICROSPORIDIOSE DISSEMINADA COM ENVOLVIMENTO PULMONAR EM PACIENTE COM SIDA (RELATO DE UM CASO)

Miyagui, T; Caldas MLR.; Rodrigues F.R; Azevedo KML; Teixeira GHMC; Rodrigues AP. -Departamento de Patologia e Doenças Infecto-Parasitárias do Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense (UFF).

MSS, 48 anos, feminina, soropositiva há 6 anos, apresentando nesta ocasião contagem de linfócitos T-CD4 de 447 células/mm<sup>3</sup> tratada com Zidovudine e Didanosina. Durante este período apresentou episódios de sinusite e pneumonia bacteriana. Dois anos mais tarde foi internada, por duas vezes para esclarecimento diagnóstico de febre e tosse. Na última internação, mesmo sem confirmação diagnóstica, foi tratada com Anfotericina B, Claritomicina, Metronidazole e depois com esquema terapêutico para micobacteriose atípica. Houve melhora da sintomatologia. Seis meses mais tarde foi diagnosticada citomegalovirose em retina e esôfago. Na última internação apresentava tosse, dispnéia, dor precordial, diarreia, disúria e cardiomegalia. Foi submetida a pericardiocentese com drenagem de 40 ml de líquido sero-hemorrágico. Evoluiu com febre alta e piora progressiva da dispnéia. Óbito uma semana após. Realizada a necropsia cujo o estudo microscópico revelou microsporidiose disseminada, atingindo pulmão, rim, coração, sistema nervoso central, fígado, baço, supra-renais, linfonodos e adipócitos peripancre. Foi detectada também citomegalovirose em supra-renais e colon, além de broncopneumonia focal, colecistite crônica, esofagite e gastrite.

### HEMOPTISE EM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA E INFARTO PULMONAR

Monteiro, A. S., Malheiros, W., Ferreira, S.P., Sampaio, M.S., Moreira, J.A.M.B., Capone, D - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Mulher branca de 53 anos, natural do RJ foi internada para investigação de hemoptise. Há 3 meses com dor torácica direita que não melhorava após o uso de analgésicos comuns. Após 20 dias passou a apresentar hemoptóicos, e posteriormente hemoptises moderada. Negava febre, emagrecimento ou sudorese noturna. Negava passado TBP. Era tabagista de 30 maços-ano. A rad. de tórax revelava condensação heterogênea no segmento sup. do LID com imagem cavitária. Após 7 dias a evolução radiológica demonstrou grande condensação na 1/2 inf. Do HTD com aerobroncograma poupando a base pulmonar. Ao exame de admissão encontrava-se com regular estado geral, afebril, acianótica, anictérica, eupneica e mucosas hipocoradas (++/4). Não observavam-se adenomegalias. A ausculta respiratória: estertores finos em base pulmonar direita, FR: 22 irpm. O restante do exame físico era normal. Os exames de admissão: Ht: 38 % - Leu: 6.200/mm<sup>3</sup> (1-2-0-0-0-55-40-2) -Plaquetas: 194.000/mm<sup>3</sup>. LDH: 800 UI/l. PPD não reator. No escarro: pesquisa de BAAR e cultura para BK: negativa em três amostras. Gasometria: PaO<sub>2</sub>: 72mmHg - PaCO<sub>2</sub>: 35mmHg - SatO<sub>2</sub>: 97%. BFC: presença de hemorragia no segmento sup. do LID. TC de tórax: massa no segmento apical do LID e infiltrado peri-lesional extenso com aspecto de vidro fosco sugestivo de hemorragia. As provas de atividade reumática foram negativas, exceto a pesquisa de P-ANCA. Apresentou vários episódios de hemoptise, mesmo após início de metilprednisolona. Após episódio de volumosa hemoptise foi realizada lobectomia inferior direita. O histopatológico da peça constatou adenocarcinoma e algumas áreas de infarto pulmonar.

### TUMOR SINCRÔNICO DE PULMÃO E ESTOMÂGO COM METÁSTASE À DISTÂNCIA.

Sampaio M.S., Lima, F.M.S., Faria, E.C., Judice, M.M., Maeda, T.Y., Ferraz, D.M. - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Homem branco de 70 anos, natural do RJ, admitido para investigação de hemoptises há 5 meses com 20ml por episódio, tosse, anorexia, dispnéia aos grandes esforços e edema de MMII. Há 8 meses submetido à EDA que revelou 2 úlceras pépticas em atividade. Referia tabagismo de 100 maços-ano. A rad. de tórax apresentava grande massa no LSE. TC de tórax: formação expansiva hipodensa bem delimitada, localizada no LSE em íntimo contato com o mediastino superior, médio e superfície pleural lateral. Ausência de linfonomegalias. Ao exame de admissão encontrava-se emagrecido, com palidez mucoso-cutânea, desidratado (++/4), icterico (+/4), acianótico e febril. Adenomegalia em cadeia supra-clavicular direita aderida, de consistência firme e indolor. Ap. respiratório: diminuição do MV nos 2/3 terços sup. do HTE com estertores finos em base esquerda. FR: 23 irpm. Abdome: doloroso à palpação em epigástrio com massa em hipocôndrio direito dolorosa e de consistência firme. MMII: edema frio, mole e indolor até 1/3 médio das pernas. Os exames demonstravam: anemia severa e LDH: 903 UI/L. A broncofibroscopia revelou processo inflamatório difuso (++/4) com presença de sangue em árvore brônquica. EDA: evidenciou duas úlceras pépticas que foram biopsiadas. A US ABD: formações expansivas bilaterais, heterogêneas e de aspecto predominantemente cístico na topografia de supra-renais compatíveis com implantes secundários e massa heterogênea anterior à bexiga sugestiva de implante peritoneal. Biópsia gástrica: presença de *H. pylori* e adenocarcinoma gástrico com acentuada anaplasia. Biópsia pulmonar: neoplasia maligna de histogênese epitelial. Evoluiu com piora progressiva e óbito após 3 semanas.

### TERAPIA NEOADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA DO HUCFF-UFRJ

Cynthia P. Saad\*, Maria José L. Marques#, Marcos Eduardo M. Paschoal#. \*Mestranda em Pneumologia HUCFF, #Residente em Pneumologia HUCFF, #Médico Pneumologista e Chefe do ambulatório de Oncopneumologia HUCFF

Este trabalho objetivou a análise do tratamento neoadjuvante para o câncer de pulmão em pacientes em estágio IIIA e IIIB. De março 96 a dezembro de 98 dados de quinze pacientes foram analisados retrospectivamente. Todos tinham câncer de pulmão em estágio IIIA ou IIIB, e foram submetidos ao protocolo de terapia neoadjuvante que consiste em 3 ciclos de etoposide e platina (3 dias/ciclo e 21 dias de intervalo) e radioterapia concorrente (41Gy/5semanas), seguidos por reestadiamento e cirurgia (se possível) para ressecção da lesão remanescente. Estes pacientes foram seguidos em nosso ambulatório especializado em câncer de pulmão. Dois pacientes foram excluídos do estudo devido a dados incompletos. A idade média foi de 56 anos com discreta preponderância do sexo masculino (62%). Não houve diferença na prevalência dos tipos de câncer de pulmão, nem entre os estágios estudados (IIIA 54% x IIIB 46%). A maioria dos pacientes que estão livres de doença, tiveram resposta radiológica parcial (86%) ou completa (75%) ao tratamento e os dois pacientes que não tiveram resposta foram a óbito. 70% dos pacientes que tiveram alguma resposta radiológica estão vivos e sem nenhum sinal de atividade da neoplasia (média de 20 meses de follow up). Cinco pacientes não responderam e apresentaram após uma média de 7 meses metástases principalmente para o sistema nervoso central (80%). A taxa de ressecabilidade foi de 62% e estes pacientes encontram-se atualmente livres da doença. A taxa de falência do tratamento foi de 38%. Durante o período do estudo, treze pacientes tiveram seus dados analisados. A resposta radiológica parece ser, para este grupo de pacientes, um bom sinal para os resultados do tratamento. Somente 2 pacientes (15%) que tiveram algum grau de resposta radiológica apresentaram progressão da doença apesar do tratamento. Outro achado interessante foi a alta taxa de metástase cerebral no grupo que progrediu a doença; 80% destas foram para o sistema nervoso central. O melhor prognóstico dos pacientes com câncer submetidos a cirurgia envolve atualmente a terapia neoadjuvante para pacientes em estágio IIIA e IIIB. Esta forma de tratamento, apesar da heterogeneidade deste grupo de pacientes, tem sido considerada cada vez mais importante no manejo desta doença de prevalência tão elevada.

### CÂNCER DE PULMÃO – ANÁLISE DE PACIENTES OPERADOS NO HUPE

Cláudio Higa, Eduardo Haruo Saito, Rodolfo Acatauassú Nunes, Erval A. Rezende e Lys Nunes dos Santos. Serviço: Departamento de Cirurgia Geral - Disciplina de Cirurgia Torácica HUPE-FCM-UERJ.

No período de 04/02/85 à 30/04/99 foram realizados estudos no prontuário de 70 pacientes operados de câncer de pulmão no HUPE-UERJ. Foram verificados que 74% dos pacientes pertenciam ao sexo masculino, com idade média de 60 anos, sendo que 89% fumavam. Notamos que a maior carga tabágica situou-se entre 41 a 100 maços.ano.

Quanto à localização da neoplasia; 49% situavam-se nos lobos superiores com predomínio no pulmão direito. O estudo radiológico foi executado em 75% dos casos por TC de tórax, observando-se que 45% dos tumores tinham localização central, com 30% dos tumores com tamanho de até 7 cm. Quase a metade dos pacientes (49%) foram submetidos à mediastinoscopia, sendo que 18.8% do total das biópsias foram positivas para neoplasia. As cirurgias mais realizadas por ordem de frequência foram: pneumectomia esquerda, lobectomia superior direita, lobectomia superior esquerda e pneumectomia direita. Na terapêutica associada, 42% dos pacientes se submeteram à radioterapia e 14.5% à quimioterapia.

Quanto ao tipo histopatológico; 50% eram epidermóides, 33% adenocarcinoma e apenas 4.5% correspondiam aos outros três tipos histológicos.

No estadiamento cirúrgico, verificamos uma grande proporção de doença avançada, sendo 40% do estágio IIIa e IIIb.

Na revisão atualizada; 23% estão vivos, 11.5% foram ao óbito e 65.3% sem informações anotadas no prontuário.

### CARCINOMA DO TIPO PEQUENAS CÉLULAS: RESPOSTA AO TRATAMENTO COM VPP E COMPORTAMENTO CLÍNICO

Cynthia P. Saad\*, Maria José L. Marques#, Marcos Eduardo M. Paschoal#. \*Mestranda em Pneumologia HUCFF, #Residente em Pneumologia HUCFF, #Médico Pneumologista e Chefe do ambulatório de Oncopneumologia HUCFF

Este trabalho objetivou a análise do comportamento e resposta ao tratamento do carcinoma de pulmão do tipo peq. células. Em uma amostra inicial de 42 pacientes foram estudados 21 acompanhados em nosso ambulatório de Oncopneumologia. Foram analisados aspectos clínicos e terapêuticos da doença e seu comportamento frente ao tratamento empregado, que inclui quando indicada quimioterapia com platina 100mg/m<sup>2</sup>x3e etoposide 100mg/m<sup>2</sup> (6 ciclos com intervalo de 21d) e radioterapia local 70Gy. 57% dos pacientes apresentavam doença limitada, sendo o restante portador de doença extensa. A distribuição entre os sexos foi igual e a idade média de 62±8,5 a. Os aspectos radiológicos dominantes foram massa central (81%) e linfonodos mediastinais aumentados (62%). 10% dos pacientes apresentavam derrame pleural ou acometimento de vasos da base. O aspecto broncoscópico predominante foi o acometimento mucoso intramural (81%) e submucoso intramural (52%) e as alterações predominaram nos brônquios lobares (57%) com acometimento carinal em 30% dos pacientes. Lesões vegetantes ocorreram em 38% dos pacientes, sempre associadas à infiltração de mucosa. Tratamento com RT e QT foi empregado em 76% dos pac. com resposta radiológica observada em 71% destes. A média de ciclos de QT realizados foi de 4±2 ciclos, sendo que 48% dos pacientes completaram os 6 ciclos propostos. 75% dos pacientes tratados e submetidos a broncoscopia tiveram suas biópsias negativas à patologia. Quando recidivaram, o principal local de metástase foi o sistema nervoso central-SNC (50%) seguido dos ossos e leito tumoral (17% cada). Dos pacientes que apresentavam no momento do estadiamento doença extensa, os principais locais acometidos por metástases foram: ossos (57%), SNC (30%) e fígado (14%). Foram observados casos isolados de acometimento pancreático, cutâneo e adrenal. Dos pacientes submetidos ao tratamento completo que sofreram BFC houve resposta patológica total em todos. A taxa de recidiva observada foi de 90%. A resposta patológica completa não exclui o paciente da recidiva tumoral, quer local (17%), quer à distância (70%).

### TUMOR DE PANCOAST: RELATO DO CASO E DA SUPERIORIDADE DO DIAGNÓSTICO DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA COMPARADA A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX E AO RX DE TÓRAX

Bártholo R e Pereira JCB – Hospital Geral de Jacarepaguá RJ; Colaboradora: Machado RR – Hospital Municipal Miguel Couto RJ.

Relato de caso de um paciente de 47 anos, tabagista importante (03 maços de cigarro/dia durante 30 anos) que apresentou dor torácica à esquerda, perda de cerca de 20 Kg em 6 meses, dor e diminuição da força na mão esquerda. Havia um gânglio supra clavicular esquerdo, palpável, frio, de consistência endurecida e dolorido e enoftalmia, ptose palpebral esquerda e no decorrer da internação evoluiu com miose. O Rx de tórax mostrou uma imagem no ápice esquerdo sugestiva de comprometimento pleural. A biópsia do gânglio e o aspirado brônquico foram inconclusivos. A tomografia de Tórax realizada foi inespecífica. A ressonância nuclear magnética de tórax evidenciou tumor de lobo superior esquerdo do pulmão, com invasão de planos musculares, gordura, vértebras dorsais (D1, D2, D3), ocorrendo ainda infiltração do espaço subaracnóide e compressão medular. Foi submetido a 19 sessões de telecobaltoterapia, com resultado satisfatório. A Síndrome de Pancoast se manifesta principalmente por dor no ombro e braço, alterações sensitivas e motoras na musculatura da mão, principalmente fraqueza, atrofia e Síndrome de Claude Bernard Horner que se apresenta como miose, ptose palpebral e anidrose, devido a invasão da cadeia simpática paravertebral do gânglio cervical inferior ipsilateral à lesão. As capacidades multiplanares da Ressonância Nuclear Magnética permitem melhor delineamento do ápice pulmonar e do sulco superior quando compara das à Tomografia Computadorizada e ao Rx de tórax. O objetivo deste relato de caso e análise dos artigos foi para ressaltar a acurácia da RNM no diagnóstico dos tumores do sulco superior e plexopatia braquial neoplásica quando comparadas à Tomografia Computadorizada e ao Rx de tórax. Os métodos devem ser dentro das indicações adequadas, complementares e não competitivos.

#### Bibliografia:

Heelaw TR, Demas EB, Caravelly JF, et al. Superior sulcus tumors: CT and MR Imaging. Radiology 1989; 170:637-641  
Arcasoy MS, Jett RJ. Superior pulmonary sulcus tumors and Pancoast Syndrome. The New England Journal of Medicine, vol 6 (november), 1997; 1370-1376.

**METÁSTASE ENDOBRONQUICA DE TUMOR DE OVÁRIO**

Rebello MFO; Santos MIV; Rodrigues LA; Souza WN; Vasconcellos APP, Viana LF - Serviço de Pneumologia - Hospital Central da Polícia Militar.

O caso relatado trata de uma paciente fem., de 57 anos, não fumante, com história de início há 1 mês, com tosse com expectoração esbranquiçada, dispnéia aos mínimos esforços e chiado no peito. Tem história prévia de câncer de ovário há 8 anos tratado com ooforectomia e quimioterapia. O Rx de tórax foi normal. Solicitado Prova de Função Respiratória que mostrou capacidade vital lenta normal (96% T). Durante o esforço para capacidade vital forçada surgiu restrição acentuada (32% T), sendo a análise dos fluxos prejudicada, pois estes foram variáveis durante os esforços. Realizou tomografia computadorizada do tórax que mostrou pequenas imagens arredondadas no interior da traquéia e brônquios fonte, principalmente à direita. A broncofibroscopia mostrou, na traquéia, lesões exofíticas no seu terço distal, de superfície lisa, brilhantes, aglomeradas, e se estendem para o BFE, ocluindo-o totalmente, bem como para o BFD com oclusão de 60%. O laudo histopatológico foi de metástase de carcinoma de ovário. Foi proposto novo esquema quimioterápico, além de braquiterapia na tentativa de desobstrução brônquica, ocorrendo regressão do tumor na 4ª. sessão. Realizou nova avaliação funcional respiratória que mostrou ausência de restrição durante os esforços. Ocorreu também acentuada melhora clínica, permanecendo somente com tosse seca.

Discussão: relatamos um caso de Metástase endobrônquica de tumor de ovário, com Rx de tórax normal e espirometria que sugeria fechamento de árvore brônquica central durante o esforço. Achaos confirmados pela CT e broncoscopia. Ocorreu melhora clínica e funcional após o tratamento.

**HEMOPTISE SECUNDÁRIA A CORIOCARCINOMA METASTÁTICO: RELATO DE CASO.**

Marinè Neto J, Anjos WC, Azevedo DE, Costa CA P, Guerra LVNR, Toledo E - Hospital do Andaraí - Serviços de Pneumologia, Cirurgia torácica, Terapia intensiva e Anatomia patológica.

Paciente feminina, branca, 23 anos de idade, casada, do lar, Natural do Ceará, residindo no Rio de Janeiro há dois anos. História de tosse com escarros sanguíneos de dois meses de evolução. Procurou serviço médico sendo feito RX de tórax que mostrava imagem de hipotransparência na base pulmonar esquerda e espessamento pleural direito. Antecedente pessoal de histerectomia aos 21 anos de idade devido a sangramento no Ceará. Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corada, eupneica e com exame do aparelho respiratório normal. Submetida a 1) Teleradiografia de tórax que mostrou imagem de hipotransparência homogênea em base esquerda e imagem de hipotransparência mal definida no lobo superior direito (LSD); 2) Tomografia computadorizada de tórax que evidenciava cavidade de paredes lisas contendo em seu interior imagem de hipotransparência aderida a uma de suas paredes (bola fúngica?), além de hipotransparência homogênea no lobo inferior esquerdo (LIE); 3) Broncoscopia rígida-Paralisia de corda vocal direita, hiperemia de traquéia, edema de mucosa no brônquio do LSD com vasos superficiais bem proeminentes e friáveis. Realizado lavado broncoalveolar, cuja análise citopatológica e microbiológica foi inconclusiva, exceto pela presença de Actinomyces. Evoluiu, com hemoptise maciça durante internação e insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica. Por não dispormos de broncoscopia flexível na época, indicamos toracotomia para ressecção do LSD uma vez que a paciente manteve hemoptise de grande volume. No per-operatório, observou-se aderências pleurais e nódulos na superfície do LSD ressecado sem dificuldade técnica. Paciente evoluiu, durante fechamento do tórax, para o óbito. A análise histopatológica da peça cirúrgica foi compatível com Coriocarcinoma. Os autores pretendem descrever causa incomum de hemoptise em paciente jovem.

**CIRURGIA CONSERVADORA EM TUMOR CARCINÓIDE BRÔNQUICO TÍPICO**

Autores: Santos, M.V.A.; Santos, B.G.; Côrrea, J.C.; Marsico, G.A.; Carvalho, C.E.S; Assis, P.G. - Disciplina de Pneumologia e Tisiologia Do Instituto de Doenças do Tórax - UFRJ

Relatamos caso de um paciente masculino, branco, 36 anos, natural do Rio de Janeiro, com quadro asmático de início há 08 anos e uma história de ter aspirado uma espinha de peixe há 04 anos, e, desde então, apresentando pneumonias de repetição, 3-4 episódios por ano, associada a hemoptise de pequena monta, com melhora após uso de antibióticos. Aproximadamente 20 dias antes da internação apresentou novo episódio tendo feito uso de cefalexina, sem melhora, sendo encaminhado para nossa instituição. O paciente era casado, nascido e residente em Paquetá, trabalhava como guarda municipal e era pescador. Sabidamente hipertenso há 10 anos em uso de lisinopril. Relato de hernioplastia aos 28 anos. Praticava mergulho até 15 anos antes quando um quadro de sinusite o impossibilitou. Fumante com carga tabágica de 16 maços/ano e fazia consumo moderado de bebidas alcoólicas. Seu pai era hipertenso e tinha falecido por acidente vascular encefálico aos 50 anos. Sua mãe era hipertensa e coronariopata. Negava história de emagrecimento recente. Radiografia de tórax demonstrava redução volumétrica do pulmão direito com condensação ocupando os 2/3 inf. de HTD com elevação da hemicúpula diafragmática direita e desvio do mediastino ipsilateral. Pulmão esquerdo hiperinsuflado. Broncoscopia revelava lesão tumoral, obstruindo 95% da luz do BFD. Realizado biópsia da lesão com laudo histopatológico após análise de Tumor Carcinóide Típico. Feito ressecção da lesão com sua base de implantação através de broncotomia e retirada de 03 linfonodos, os quais não se mostraram acometidos ao exame histopatológico. Proposto revisão broncoscópica.

**APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA INCOMUM DE CARCINOMA BRÔNQUIOLO ALVEOLAR: RELATO DE CASO**

Lara, C.F.S.; Corrêa, J.C.; Guimarães, C.A.; Assis, P.G.; Conde, M.B. - Instituto de Doenças do Tórax (IDT) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Paciente JJMF, branco, masculino, 64 anos, em acompanhamento com cardiologista desde 1996 por cansaço e arritmia cardíaca. Fazia uso regular de digital, diurético e vasodilatador. Há quatro meses iniciou quadro de tosse espástica com expectoração mucóide abundante, eventualmente seguida de vômito. Apresentava dispnéia apenas durante os episódios de tosse intensa. Referia ainda náuseas para alimentos doces, fraqueza e perda ponderal de 07 kg neste período. Negava febre, tabagismo, doenças prévias, contato com tuberculose e antecedentes familiares de neoplasia maligna. História profissional: carpinteiro e mestre de obras. O exame físico de internação foi normal, exceto pela presença de fibrilação atrial. A investigação diagnóstica incluiu telerradiografia de tórax e exames de escarro (baciloscopias diretas para bacilo álcool-ácido resistente-BAAR). A telerradiografia de tórax mostrou infiltrado micronodular difuso, com nódulos de tamanho uniforme e distribuição homogênea. As pesquisas de BAAR no escarro foram negativas. Submetido à biópsia pulmonar à céu aberto para diagnóstico, cujo laudo histopatológico foi de carcinoma bronquíolo-alveolar. Encaminhado então ao ambulatório de câncer de pulmão para acompanhamento.

**BRONCORRÉIA ABUNDANTE NO CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR**

Ferreira SP, Belo CS, Costa AA, Rossini A, Rufino R. - Disciplina de Pneumologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto

**Relato de caso:** Mulher de 61 anos, com tosse produtiva há 1 ano, diária, inicialmente em pequena quantidade, posteriormente abundante, tipo "clara de neve", que a impedia de ter um sono tranqüilo. Após seis meses, início de anorexia associada a emagrecimento. Negava hemoptise, dor torácica, sudorese noturna. Durante este período fez uso de vários antibióticos devido a imagem alveolar em lobo superior direito, sem melhora clínica. Negava tabagismo. Após procurar o nosso serviço, foi realizado exame de escarro, na qual se verificou a presença de células neoplásicas compatíveis com carcinoma bronquioloalveolar.

**Discussão:** O carcinoma bronquioloalveolar consiste de células malignas de linhagem epitelial, pequenas e bem diferenciadas. Apresentam tendência à disseminação pelos brônquio e pelos linfáticos. Sua apresentação radiográfica mais freqüente é de nódulos periféricos, com comportamentos diferentes, isto é, ou rápido crescimento ou de bem lento. Ainda, não se conhece as razões para esta evolução. Histologicamente podem ser definidos em não-mucinosos (mais freqüentes) e mucinosos. A expectoração abundante de células neoplásicas vista no carcinoma bronquioloalveolar é incomum, existindo no subtipo histológico mucinosos, ocasionalmente, como esta paciente.

**AUMENTO DA FREQUÊNCIA DE ADENOCARCINOMA ENTRE OS TUMORES PRIMÁRIOS DE PULMÃO NO RIO DE JANEIRO**

Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. - Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

Foi realizado um estudo retrospectivo compreendendo o período entre outubro de 1988 e abril de 1997, para verificar a freqüência dos principais tipos histológicos de câncer de pulmão em pacientes atendidos no IDT-UFRJ. Foram incluídos todos os casos com confirmação histopatológica e eliminados os casos com diagnóstico citológico exclusivo. De 409 casos de câncer de pulmão, 168 (41%) eram de adenocarcinoma; 123 (30%) de carcinoma escamoso; 49 (12%) de carcinoma indiferenciado de pequenas células; 16 (4%) de carcinoma indiferenciado de grandes células; e os 53 (13%) casos restantes eram de outros tipos histológicos. Utilizando-se o método de regressão linear para estudar a freqüência do adenocarcinoma, observou-se, durante o período estudado, um aumento absoluto de casos de adenocarcinoma, com uma inclinação de curva de +8,5 ( $p=0,03$ ) e um aumento da freqüência do adenocarcinoma em relação aos outros tipos histológicos de câncer de pulmão, com uma inclinação de curva de +10,5 ( $p=0,02$ ).

**Conclusão:** Em contraste com casuísticas brasileiras recentes, no Rio de Janeiro o adenocarcinoma é o tipo histológico mais freqüente de câncer de pulmão.

**FREQUÊNCIA DE PACIENTES TABAGISTAS EM UMA SÉRIE DE 154 CASOS DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO**

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. - **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

O adenocarcinoma de pulmão é classicamente considerado um tumor cuja incidência é menos associada ao hábito tabágico porque é o tumor mais freqüente em não fumantes e mulheres. Recentemente, uma grande série americana mostrou uma forte associação entre adenocarcinoma e tabagismo (1). Em um estudo retrospectivo de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão, cobrindo o período de outubro de 1988 a abril de 1997, em pacientes atendidos no IDT-UFRJ, verificou-se uma história de tabagismo em 118 (79%) dos casos. História de tabagismo foi encontrada em 91 dos 101 (90%) pacientes do sexo masculino, e em 27 dos 49 (56%) pacientes do sexo feminino. Quatro casos não dispunham de informação sobre tabagismo.

**Conclusão:** Nesta série de casos de adenocarcinoma encontrou-se uma freqüência bastante alta de pacientes com histórico de tabagismo.

1. Thun MJ *et al.* J Natl Cancer Inst 1997; 89 (21): 1580-86.

**FREQUÊNCIA DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO DE LOCALIZAÇÃO CENTRAL EM UMA SÉRIE DE 154 CASOS.**

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

O adenocarcinoma de pulmão é classicamente considerado um tumor de localização periférica, com um relato de até cerca de 25% de casos de localização central (1). Recentemente, alguns autores encontraram uma percentagem maior de adenocarcinomas centrais em suas séries (2,3). Para verificar se essa observação, foi realizado um estudo retrospectivo de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão, no período de outubro de 1988 a abril de 1997, em pacientes atendidos no IDT-UFRJ. Foram incluídos todos os casos com confirmação histopatológica e eliminados os casos com diagnóstico citológico exclusivo. O critério básico para localização do tumor foi radiológico (2). Dos 154 casos, em 138 foi possível determinar a localização do tumor. Destes, 66 (48%) foram considerados centrais.

**Conclusão:** A apresentação central do adenocarcinoma é maior do que a habitualmente descrita na literatura.

(1) Pietra GG. *Semin Roentgenol* 1990; 25: 25-33.

(2) Quinn *et al.* *Chest* 1996; 110: 1474-79.

(3) Jeanfaivre *et al.* *Rev Mal Resp* 1995;12: 365-69.

### RENDIMENTO DA BIÓPSIA BRÔNQUICA NO DIAGNÓSTICO DO ADENOCARCINOMA DE PULMÃO NO IDT-UFRJ.

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

Em uma série de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão com comprovação histopatológica, 135 (88%) foram submetidos à broncoscopia durante a internação. Biópsias brônquicas foram obtidas em 74 (55%) e forneceram o diagnóstico em 55 (74%) destes casos. O rendimento diagnóstico da biópsia brônquica foi de 96% para lesões vegetantes (27 em 28 casos) e de 66% para lesões infiltrativas (23 em 35 casos).

**Conclusão:** No IDT-UFRJ, o rendimento diagnóstico da biópsia de mucosa brônquica nos casos de adenocarcinoma de pulmão em que há lesões endobrônquicas visíveis é comparável ao descrito na literatura.

### COMPORTAMENTO CLÍNICO DO ADENOCARCINOMA DE PULMÃO DE LOCALIZAÇÃO CENTRAL SEGUNDO O ESTADIAMENTO CLÍNICO.

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. - **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

Em um estudo retrospectivo de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão com comprovação histopatológica, classificou-se cada caso segundo critérios radiológicos de localização da doença em dois grupos, *periférico e central*. O estadiamento clínico de cada paciente no momento do diagnóstico foi anotado (Tab. 1). Dos 66 pacientes com tumores centrais, 58 (87,9%) foram considerados portadores de doença avançada (estádios IIIa a IV), em contraste com os 50 pacientes (69,4%) com tumores periféricos nesta situação (OR= 0,24; IC95 = 0,08 a 0,68;  $p = 0,004$ ).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes, por grupo, segundo o grau de estadiamento clínico

| Grau         | Periférico(%)   | Central(%)      | OR(IC95)            | p            |
|--------------|-----------------|-----------------|---------------------|--------------|
| I            | 20 (27,8)       | 6 (9,1)         | 3,85 (1,33 a 11,66) | <b>0,009</b> |
| II           | 2 (2,7)         | 2 (3,0)         | 0,91 (0,09 a 9,42)  | 0,66         |
| IIIa         | 12 (16,7)       | 7 (10,7)        | 1,69 (0,57 a 5,14)  | 0,43         |
| IIIb         | 10 (13,9)       | 21 (31,8)       | 0,35 (0,14 a 0,86)  | <b>0,02</b>  |
| IV           | 28 (38,9)       | 30 (45,4)       | 0,76 (0,37 a 1,59)  | 0,54         |
| <b>Total</b> | <b>72 (100)</b> | <b>66 (100)</b> |                     |              |

**Conclusão:** Segundo o estadiamento clínico, adenocarcinomas de origem central são mais agressivos do que os de localização periférica.

### CONCORDÂNCIA ENTRE A RADIOGRAFIA DE TÓRAX E A BRONCOSCOPIA PARA A LOCALIZAÇÃO DO ADENOCARCINOMA DE PULMÃO.

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

O adenocarcinoma de pulmão é considerado um tumor periférico. Os critérios geralmente empregados para a localização do tumor são radiológicos. A broncoscopia, por oferecer acesso visual direto à árvore brônquica, é o método mais fidedigno para determinar se um tumor é central ou periférico. Em um estudo retrospectivo de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão, dos quais em 135 ambos os exames estavam disponíveis, estudou-se a concordância entre os critérios de classificação radiológica (1) e broncoscópica (2), e a capacidade da radiografia de tórax de localizar corretamente a doença. A concordância entre os dois critérios utilizados no estudo foi de 76% (Tab. 1).

Tabela 1. Concordância entre a radiografia e a broncoscopia para a localização do adenocarcinoma

| Broncoscopia | Radiografia |           |           |            |
|--------------|-------------|-----------|-----------|------------|
|              | Periférico  | Central   | Inclass.  | Total      |
| Periférico   | 47          | 14        | 11        | 72         |
| Central      | 16          | 47        | 0         | 63         |
| <b>Total</b> | <b>63</b>   | <b>61</b> | <b>11</b> | <b>135</b> |

**Conclusão:** Neste estudo, utilizando a broncoscopia como padrão-ouro para localizar o tumor, a radiografia de tórax foi incapaz de determinar a correta localização do adenocarcinoma em cerca de 25% dos casos.

1. Quinn D *et al.* Chest 1996; 110:1474-79.

2. Nonomura *et al.* J Surg Oncol 1995; 58: 5-11.

### FREQÜÊNCIA DE LESÕES ENDOBRÔNQUICAS EM 135 CASOS DE ADENOCARCINOMA DE PULMÃO.

**Autores:** Kaisermann MC<sup>1,3</sup>, Trajman A<sup>3</sup>, Madi K<sup>2</sup>, Carvalho CE<sup>1</sup>, Assis P<sup>1</sup>. **Instituição:** Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IDT-UFRJ)<sup>1</sup>, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho<sup>2</sup> e Universidade Gama Filho<sup>3</sup>

Em uma série de 154 casos de adenocarcinoma de pulmão com comprovação histopatológica, 135 (88%) foram submetidos à broncoscopia durante a internação que levou ao diagnóstico. Os achados da broncoscopia estão resumidos na Tabela 1. Lesões endobrônquicas vegetantes e/ou infiltrativas foram encontradas em 63 (47%) pacientes. Este achado contrasta com os dados da literatura, onde é referida uma frequência de até 19,3% de adenocarcinomas centrais à broncoscopia (1).

Tabela 1: Frequência dos achados endoscópicos

| Descrição             | n          | %          |
|-----------------------|------------|------------|
| Lesão vegetante       | 28         | 21         |
| Lesão infiltrativa    | 35         | 26         |
| Compressão extrínseca | 16         | 12         |
| Alargamento de carina | 4          | 3          |
| Normal                | 52         | 38         |
| <b>Total</b>          | <b>135</b> | <b>100</b> |

**Conclusão:** A apresentação endobrônquica do adenocarcinoma de pulmão é mais comum do que a classicamente descrita na literatura. (1) Moragón EM *et al.* Arch Bronconeumol 1994; 30 (6): 291-96.

**PNEUMONIA COMUNITÁRIA POR ACINETOBACTER CALCOACETICUS. RELATO DE CASO.**

Duarte RLM; Melo SOP; Andrade RR; Loivos LPP; Cardoso AP; Barros Franco CA. - Serviço de Pneumologia HUCFF-UFRJ.

O objetivo do trabalho é relatar um caso de pneumonia comunitária por *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* diagnosticado no HUCFF.

Paciente masculino, 70 anos, ex-tabagista de 62 maços/ano, com DPOC e passado de paracoccidioidomicose. Em 23.03.99 início de tosse produtiva, hemoptóicos, dor torácica pleurítica em hemitórax direito (HTD), dispnéia aos moderados esforços e febre. Ao exame: taquicárdico, taquipnéico, febril, cianótico, diminuição do murmúrio vesicular e estertores subcrepitantes em base de HTD. Exames: radiografia de tórax: condensação em 1/3 médio de HTD, leucocitose de 15.000 (sem desvio à esquerda), broncofibroscopia: abundante secreção mucóide na árvore brônquica direita (segmento 06), sem lesões endobrônquicas. Cultura do lavado-broncoalveolar: *Acinetobacter calcoaceticus* var. *anitratus* com mais de  $10^5$  UFC/ml sensível a amicacina, ampicilina/sulbactam, cefepime, ceftazidime, ciprofloxacina, gentamicina, imipenem, piperacilina/tazobactam. Hemoculturas: crescimento de *Acinetobacter* em 03 amostras. Excelente melhora clínico-laboratorial com 14 dias de tratamento com ciprofloxacina 800mg/dia. Discussão: *Acinetobacter calcoaceticus* é um cocobacilo gram negativo encapsulado, pleomórfico, amplamente distribuído na água e que pode causar colonização cutânea em mais de 25% de indivíduos hígidos. Em indivíduos não hospitalizados, os principais fatores de risco são: tabagismo e DPOC, diabetes mellitus, alcoolismo e imunossupressão.

Conclusões: o interesse do caso reside no fato de que *Acinetobacter calcoaceticus* é um patógeno comum de pneumonia nosocomial, mas que raramente causa pneumonia comunitária, com poucos relatos na literatura.

**RELATO DE CASO - APRESENTAÇÃO NÃO USUAL DA INFECÇÃO POR NOCARDIA SP**

Cutrim, D.F.A.; Waetge, D.; Cardoso, A.P.; Barros Franco, C.A. - Serviço de Pneumologia - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

Sumário: É relatado um caso de um paciente branco, 54 anos, lúpico em uso de prednisona (0.5mg /Kg /dia) com quadro de Nocardiose disseminada caracterizada por pneumonia cavitada em lobo superior direito e múltiplos abscessos subcutâneos e cerebrais. O diagnóstico foi firmado pela cultura do material aspirado das lesões cutâneas e a excelente resposta clínico e radiológica obtida com Sulfametoxazol mais Trimetropim.

Discussão: A dificuldade diagnóstica deste caso deve ser ressaltada, visto que o lavado broncoalveolar, líquido e hemoculturas tiveram seus resultados negativos e a identificação definitiva do germe só foi possível através de cultura do aspirado subcutâneo, em 6 dias. A dose ideal nos quadros disseminados com envolvimento cerebral não está bem definida na literatura, utilizamos neste caso, 50mg e 13mg /Kg/dia de Sulfametoxazol e Trimetropim, respectivamente. Recomenda-se a manutenção por pelo menos 1 ano, pois a recidiva é frequente. Alguns casos relatados foram submetidos a drenagem cirúrgica dos abscessos cerebrais, procedimento que não foi necessário no caso descrito.

Conclusão: Apesar da sua raridade, a Nocardiose disseminada deve ser considerada como diagnóstico diferencial de lesões pulmonares cavitadas com comprometimento cutâneo e cerebral supratentorial, especialmente, em pacientes usuários de corticóide, transplantados e portadores de imunodeficiência adquirida.

**PNEUMOPERICÁRDIO: UMA CAUSA RARA**

Antonio C P Carvalho, Flavia O Saez, Rodrigo S Beze  
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

**RESUMO**

Os autores apresentam o caso de um paciente do sexo masculino, de 17 anos de idade, que apresentou pneumonia causada por *Staphylococcus aureus* e suas complicações, entre elas uma extremamente rara, o pneumopericárdio. O paciente evoluiu bem, com alta hospitalar após drenagem do pneumotórax e antibioticoterapia. São apresentados os aspectos clínicos e radiológicos relevantes, assim como uma sucinta revisão da literatura sobre o assunto.

**ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA-RELATO DE CASO**

Machado O G, Pinheiro M C A C, Leal M C P, Ramalho M V, Augusto W A - Hospital Naval Marcílio Dias

Homem, 36 anos, pardo, militar, há cinco dias com tosse produtiva, escarros sanguíneos, dispnéia, febre alta, sudorese noturna e astenia. Informava emagrecimento e tosse de evolução insidiosa. Ao ser internado apresentava-se normocorado, desidratado, febril, taquipnéico, emagrecido, com MV universalmente audível e estertores crepitantes em pulmão direito. A telerradiografia de tórax evidenciava infiltrado alveolar pulmonar direito. A pesquisa de BAAR em uma amostra de escarro foi negativa. Iniciado tratamento empírico com tuberculostáticos (esquema I). Evoluiu para o óbito em menos de doze horas. O exame de necrópsia demonstrou tromboembolismo pulmonar fúngico bilateral e embolia fúngica meníngea compatível com aspergilose invasiva. A Aspergilose pulmonar invasiva é uma pneumonite necrotizante, caracterizada por rápida disseminação parenquimatosa, com invasão vascular fúngica e hematogênica para sítios distantes. O quadro clínico da doença costuma ser dramático e tende a mimetizar o infarto pulmonar ou a pneumonia bacteriana aguda. Apresenta mortalidade elevada. Homem, 36 anos, pardo, militar, há cinco dias com tosse produtiva, escarros sanguíneos, dispnéia, febre alta, sudorese noturna e astenia. Informava emagrecimento e tosse de evolução insidiosa. Ao ser internado apresentava-se normocorado, desidratado, febril, taquipnéico, emagrecido, com MV universalmente audível e estertores crepitantes em pulmão direito. A telerradiografia de tórax evidenciava infiltrado alveolar pulmonar direito. A pesquisa de BAAR em uma amostra de escarro foi negativa. Iniciado tratamento empírico com tuberculostáticos (esquema I). Evoluiu para o óbito em menos de doze horas. O exame de necrópsia demonstrou tromboembolismo pulmonar fúngico bilateral e embolia fúngica meníngea compatível com aspergilose invasiva. A Aspergilose pulmonar invasiva é uma pneumonite necrotizante, caracterizada por rápida disseminação parenquimatosa, com invasão vascular fúngica e hematogênica para sítios distantes. O quadro clínico da doença costuma ser dramático e tende a mimetizar o infarto pulmonar ou a pneumonia bacteriana aguda. Apresenta mortalidade elevada.

servando-se a forma aguda àqueles com grande inóculo ou imunossupressão. Conclusão: o interesse do caso consiste em relatar um paciente com a forma cavitária crônica, sem, entretanto, apresentar qualquer tipo de pneumopatia associada e discutir a validade do isolamento em cultura do *Histoplasma*.

com SIDA. Concluímos que houve prevalência das PACs do grupo II, uma elevada média de idade, que também foi preponderante nos grupos III e IV (média de 69 anos), concluímos também que a atitude terapêutica foi bastante próxima daquela recomendada pelo Consenso Brasileiro sem nenhuma padronização prévia.

**HEMORRAGIA ALVEOLAR NA LEPTOSPIROSE.****DIAGNÓSTICO PELO LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA)**

Autores: Manhães de Carvalho, J. E.; Ferreira, A. S.; Dalston, M. O.; Caetano, R. L.; Coelho, J. C. O.; Pereira da Silva, J. J. - Local: Serviços de Pneumologia e Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Antonio Pedro - IIEF - Niterói - RJ

**ACTINOMICOSE PULMONAR – RELATO DE CASO.**

Autores: Monteiro, A.S. – Sampaio, M.S. – Moreira, J. A.M.B. – Ferreira, S.P. – Costa, A.A. – Ferraz D.M. - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Homem pardo de 38 anos, foi admitido para investigação de pneu-

**INFILTRADO PULMONAR CAVITÁRIO DEVIDO À PARACOCCIDIOIDOMICOSE**

Mendonça A, Milagres A, Laboissière M, Diniz C, Mogami R. - Serviço de Pneumologia – Hospital Raphael de Paula Souza/MS (HRPS)

A Paracoccidiodomicose se apresenta nas mais diferentes formas clínicas, com comprometimento pulmonar presente em 80% dos casos. Os padrões radiológicos são os mais diversos, sendo mais freqüentemente relatado o de infiltrado pulmonar peri-hilar bilateral confluyente, com ausência de acometimento em ápices e bases. Também são descritos os padrões nodular e cavitário, este de incidência rara.

Nossa apresentação consiste em um caso de paciente do sexo masculino, 41 anos, natural de Mangaratiba, RJ, servente de obras, ex-lavrador. Há 5 meses apresentou tosse seca e posteriormente produtiva, emagrecimento e dor torácica. Procurou Posto de Saúde próximo à sua residência, onde foram realizadas 3 baciloscopias, com resultado negativo. Foi iniciada prova terapêutica para tuberculose pulmonar, tendo usado por 2 meses, sem melhora clínica ou radiológica. Procurou então o nosso serviço (HRPS), para esclarecimento diagnóstico. O paciente apresentava-se emagrecido, com linfonomegalias, em região submandibular esquerda (fistulizadas) e região cervical anterior e posterior. História de tabagismo durante 25 anos (1 maço/dia). O diagnóstico de paracoccidiodomicose foi feito através de pesquisa direta no escarro. O RX de tórax mostrava presença de múltiplas imagens cavitadas em ambos os pulmões, confirmadas pela tomografia computadorizada de tórax.

Atualmente encontra-se em tratamento ambulatorial, com boa resposta clínica e radiológica.

**DIAGNÓSTICO E FOLLOW UP DE PNEUMONITE ACTÍNICA PELA PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR. RELATO DE CASO.**

Duarte RLM; Cutrim DFA; Santos MIV; Cassabian LAAS; Barros Franco CA - Laboratório de Fisiopatologia Pulmonar do Serviço de Pneumologia HUCFF-UFRJ.

O objetivo do trabalho é relatar um caso de pneumonite actínica (PA) num paciente com carcinoma pulmonar de pequenas células (CPPC) cuja prova de função pulmonar (PFP) foi útil para corroborar o diagnóstico clínico, radiológico e melhora clínica pós-tratamento com prednisona, no HUCFF. Paciente masculino, 39 anos, tabagista (30 maços/ano), com pneumectomia esquerda (PE) em 03.07.97 por neoplasia pulmonar epitelial maligna indiferenciada. Laudo da peça cirúrgica: CPPC e invasão linfonodal (hilar e janela aorto-pulmonar), indicando-se radioterapia (RXT)/quimioterapia (QT). Queixava-se de dispnéia aos grandes esforços. Ao exame: hipocorado, desidratado, baqueteamento digital, PA=110x70, FC=66, FR=20, murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo (HTXE). Radiografia (Rx) de tórax: HTXE opaco. Após 6 ciclos de QT (etoposide e cisplatina, término: 16.03.98) e RXT (término: 02.02.98) apresentou dispnéia em repouso, febre, tosse seca. Rx tórax: infiltrado retículo-nodular em ápice à direita. PFP (22.05.98): CVF=1.52 L (31% do esperado), VEF<sub>1</sub>=1.46 L (36%) e CVF/VEF<sub>1</sub>=116%, DLCO corrigida para o volume alveolar (D/VA)=69%, sugerindo restrição com CVF menor que a esperada para PE, redução da difusão, denotando PA. Após prednisona 20 mg/dia, houve melhora clínico-funcional, com PFP (08.07.98): CVF=2.00 L (40%), VEF<sub>1</sub>=1.73 L (42%) e D/VA=80%. PFP (15 meses após RXT): CVF=2.49 L (51%), VEF<sub>1</sub>=2.13 L (52%) e D/VA=88%. Conclusões: o interesse é relatar um caso de utilização da PFP no diagnóstico clínico e radiológico de PA, onde a PFP mostrou redução da CVF e D/VA (restrição com diminuição da difusão) e melhora funcional após prednisona, com normalização da difusão e melhora do distúrbio ventilatório restritivo.

**PERFIL INFLAMATÓRIO DO LAVADO BRONCO-ALVEOLAR EM PACIENTES COM PNEUMOPATIA INTERSTICIAL DIFUSA – COORTE PARA SARCOIDOSE.**

Souza M.H.F., Souza J.F., Silva J.J., Carvalho M.N., Capone D., Gusmão E.P. DPL/FCM e Pneumologia e Tisiologia/HUPE – UERJ.

O presente trabalho consiste na análise do comportamento clínico-laboratorial do lavado bronco-alveolar (LBA) em pacientes do HUPE com Pneumopatia Intersticial Difusa (PID) em especial atenção à sarcoidose, de modo a influir no tratamento e evolução da doença. PID é um conjunto de doenças que causam alveolite no interstício pulmonar, de diferentes etiologias, algumas até de causa desconhecida. A sarcoidose é causada por uma exacerbação do sistema imunológico e não é restrita ao pulmão, é sistêmica. O LBA possibilita a obtenção do diagnóstico etiológico em alguns casos e um acompanhamento clínico mais seguro. Para a realização deste exame é necessário que o paciente seja submetido à broncoscopia flexível, o material é avaliado na Patologia Geral e seus resultados são enviados ao Departamento de Pneumologia e Tisiologia e armazenados em um banco de dados.

Acompanhamos o atendimento ambulatorial, a realização do LBA e o processamento do material na patologia, criando, a partir desta associação clínica-laboratório, um perfil da celularidade da alveolite, o perfil inflamatório da doença.

Dos 70 casos examinados, 28 puderam ser avaliados quanto a tratamento prévio para sarcoidose, destes, 21 não haviam recebido tratamento algum e apresentavam alteração do perfil de LBA quando comparados aos 5 casos controle de voluntários assintomáticos. Observamos o desvio do perfil celular da alveolite, com um significativo aumento da percentagem de linfócitos e diminuição da de macrófagos. Perfil inflamatório de LBA de paciente com sarcoidose prévio a tratamento (N=21), macrófagos (55%), linfócitos (43%), eosinófilos (2%), segmentares (0,016%). Perfil inflamatório de pacientes controle (N=5), macrófagos (92,80%), linfócitos (5,60%), eosinófilos (1,33%), segmentares (1,25%).

**FATORES DE RISCO PESSOAIS NÃO SE CORRELACIONAM COM A EVOLUÇÃO DA SARCOIDOSE PULMONAR**

Lemle, A., Boaventura, A.M., Bethlem, E.P., Bethlem N. - Disciplina de Tisiopneumologia e Serviço de Pneumologia, Fac.Medicina, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, UFRJ.

Não há estudos publicados sobre a relação entre fatores de risco pessoais e a evolução da localização pulmonar da sarcoidose. Assim, foram levantados os prontuários, e aplicado um questionário padronizado, nos 17 pacientes com diagnóstico de sarcoidose comprovados histologicamente ou com teste de Kveim, com alterações radiológicas pulmonares compatíveis, encaminhadas consecutivamente ao laboratório de fisiopatologia pulmonar da instituição. Foram investigados 6 domínios, e criado um escore de pontos negativos: tabagismo ativo, tabagismo passivo, exposição ocupacional, comorbidade, fatores sociais adversos, doenças sistêmicas. Dez dos pacientes foram classificados nos estágios III e IV, e 7 nos estágios I e II. Nos estágios III e IV, 70% eram homens, e a média das idades foi 41.5 ± 14.9. Nos estágios I e II, 14,3% eram homens (Fischer = 0,049), e a média das idades foi 37.0 ± 10.7 (p=0,55). A média do escore negativo nos estágios III/IV foi 2,2 ± 1,39 e as dos estágios I/II foi 1,85 ± 1,34 (p=0,6). Concluímos que com este sistema de avaliação não houve influência de fatores de risco pessoais na evolução da sarcoidose pulmonar.

**SARCOIDOSE LABIAL – RELATO DE CASO**

Autores: Judice, M.M. – Malheiros, W. – Faria, E.C. – Sampaio, M.S. – Lima, F.M.S. – Capone, D. - Hospital Universitário Pedro Ernesto – Serviço de Pneumologia

Homem pardo de 15 anos, procurou atendimento por apresentar inchaço nos lábios. O paciente relatava início do quadro há três anos com aumento do volume da porção lateral esquerda do lábio superior. Não havia dor local, calor, rubor ou qualquer outra manifestação sistêmica associada. O quadro foi agravando-se, acometendo todo lábio superior em cerca de trinta dias e posteriormente afetando o lábio inferior. Neste período realizou vários tratamentos sem sucesso até ser encaminhado para o serviço de cirurgia bucomaxilofacial onde foi submetido à biópsia labial. Negava doenças pregressas assim como desconhecia atopias. Negava tabagismo e etilismo. A radiografia de tórax era normal. Ao exame físico o paciente apresentava grande edema dos lábios superior e inferior acompanhada de eritema e discreta elevação de temperatura local. Não observavam-se adenomegalias. A ausculta cardíaca e pulmonar eram normais, assim como o restante do exame físico. PA: 120x90 mmHg. Os exames revelavam: Ht: 47,8%, Leu: 12.500/mm<sup>3</sup> (0,1–0,2–0–2–65,6–21,4–10,7), Cálcio sérico: 9,6mg%, Creatinina: 0,9mg%, Calciúria de 24 horas: 43,2mg. O exame histopatológico da biópsia labial demonstrou processo granulomatoso compatível com sarcoidose. O paciente foi então encaminhado ao setor de pneumologia para tratamento com prednisona na dose de 60mg/dia (0,7mg/kg). Na quarta semana de tratamento já havia melhora parcial do quadro clínico, com diminuição do volume do lábio superior. A dose foi reduzida progressivamente. Nas consultas subsequentes o edema labial inferior tornou-se estável.

**LINFANGIOLEIOMIOMATOSE: RELATO DE UM CASO**

Ligeiro M.J., Coutinho M.C., Oliveira A.R., Hammes R., Nascentes R., Franco C.A.B. - Serviço de Pneumologia, C. Torácica e Anatomopatologia - HUCFF / UFRJ

Resumo: Relatamos um caso de linfangioleiomiomatose (LAM) em uma mulher negra, 52 anos, submetida a reposição hormonal por 19 anos após menopausa precoce aos 29 anos, com quadro de dispnéia aos esforços e linfadenomegalia retroperitoneal associado a infiltrado pulmonar difuso. A espirometria evidenciou distúrbio obstrutivo acentuado com reduzida capacidade de difusão ao CO. A TC de tórax de alta resolução revelou múltiplos e pequenos cistos de paredes finas bilateralmente. A paciente foi submetida a biópsia pulmonar à céu aberto e o diagnóstico foi estabelecido pela histologia e estudo imuno-histoquímico do tecido pulmonar.

Discussão: A LAM é uma rara doença de etiologia desconhecida e pobre prognóstico; caracteriza-se por proliferação anormal de células musculares lisas no interstício pulmonar e em todo sistema linfático por estímulo de mediadores circulantes. Em geral acomete mulheres brancas em idade fértil, porém há relatos da doença antes da menarca e após a menopausa. Tratamentos hormonais empíricos, visando a ablação da função ovariana, tem questionáveis benefícios; o transplante pulmonar vem sendo realizado como último recurso terapêutico, porém não definitivo visto que pode recorrer no pulmão transplantado.

Conclusão: Embora bem reconhecida, a LAM ainda permanece uma incógnita. Muitos tratamentos foram propostos desde a primeiros relatos da LAM, porém poucos mostraram melhorar o curso da doença. Estudos genéticos especulam sua relação com outras patologias; talvez o maior conhecimento da biologia celular e molecular da LAM apontem para um tratamento efetivo que interfira na história natural da doença.

**BOOP:****UMA CAUSA POUCO COMUM DE PSEUDOTUMOR.**

Elabras Filho J, Behrsin R F, Maia M C, Leitão G M, Gomes C K, Reis D J. - Serviços de Pneumologia, Cardiologia e Cirurgia Torácica do Hospital Adventista Silvestre - Rio de Janeiro.

Caso Clínico: N. M., 89 anos, branca, sexo feminino, solteira, do lar, natural e procedente do Rio de Janeiro.

Paciente com quadro de dispnéia aos grandes esforços e emagrecimento de cerca de 4 Kg há 4 meses. Negava qualquer outro sintoma. Hipertensa em uso de nifedipina "retard". Sem qualquer outro antecedente mórbido de monta ou uso de outros medicamentos. Afastada causa cardiovascular para os sintomas. Realizou telerradiografia de tórax que revelou consolidação heterogênea em terço médio de PD. TC de tórax com consolidação extensa e irregular preponderante em LID. H.D. inicial: Adenocarcinoma Bronquíolo-alveolar? Realizada BFC com LBA que não demonstrou qualquer anormalidade. Indicada biópsia cirúrgica por videotoracoscopia.

Diagnóstico: "Bronquiolite Obliterante com Organização Pneumônica".

**BIÓPSIA PULMONAR A CÉU ABERTO EM PACIENTE CRÍTICO: RELATO DE 2 CASOS**

Vianna A., Kalichshtein M., Werneck P., Gomes V. - Serviço de Terapia Intensiva – Clínica São Vicente, Rio de Janeiro (RJ)

Apesar de muitas reivindicações em contrário, a Biópsia Pulmonar a céu aberto (BxPca) ainda é o "padrão ouro" para diagnóstico de infiltrado pulmonar em pacientes críticos com insuficiência respiratória, sendo estes imunocomprometidos ou não. Na verdade, a BxPca é o procedimento que oferece maior acurácia e um percentual diagnóstico razoável (em torno de 65%). Outro ponto relevante é a impossibilidade de realização de uma biópsia transbrônquica nestes pacientes, já que na maioria das vezes estão sob ventilação mecânica com pressão positiva. A BxPca geralmente é feita para excluir condições tratáveis como infecção, vasculite, neoplasia, toxicidade por substância (bleomicina, amiodarona) ou mesmo uma fase precoce de SARA, que possam estar perpetuando a insuficiência respiratória. Existem, entretanto, alguns inconvenientes como a necessidade de anestesia geral, toracotomia convencional e de drenagem pleural, o que pode propiciar o desenvolvimento de fístula broncopleural e infecção. Este trabalho tem como objetivo relatar 2 casos de BxPca no CTI, descrevendo as vantagens e desvantagens do método e a evolução dos pacientes. CASO 1: H.F., 73 anos, masc., branco, internado no CTI com quadro de insuficiência respiratória (P/F = 206; FiO<sub>2</sub> = 0,8) por provável pneumonia, e choque. Iniciado antibioticoterapia de largo espectro e aminavasotativa. Evoluiu com manutenção da instabilidade hemodinâmica e febre. Após 22 dias de internação foi submetido a BxPca cujo achado foi de fibrose pulmonar recente com hemorragia intralveolar, e ausência de infecção. Foi iniciado então Metilprednisolona 500 mg/dia. Houve melhora expressiva do quadro com suspensão das aminas e melhora da função pulmonar (P/F = 283; FiO<sub>2</sub> = 0,3). Após 7 dias de biópsia, evoluiu com pneumotórax extenso, sendo colocado um segundo dreno de tórax. Houve piora evolutiva da ventilação, com instabilidade hemodinâmica, choque e óbito em 24 horas. CASO 2: E.N., 72 anos, masc., branco, internado no CTI, após 7 dias internado na Unidade Coronariana, com quadro de insuficiência respiratória pós cateterismo cardíaco (provável broncoaspiração). Apresentava infiltrado pulmonar persistente no Rx de tórax e manutenção de função pulmonar ruim (P/F = 100). A revisão de Rx anterior (1993) revelou infiltrado pulmonar difuso principalmente em bases. Após 17 dias do início do quadro foi submetido a BxPca, cujo achado foi de fibrose pulmonar difusa, sem sinais de infecção. Evoluiu com melhora progressiva (P/F = 206), em esquema de desmame lento. Foi retirado o dreno de tórax após 6 dias do procedimento.

**RELATO DE CASO: CISTO TÍMICO GIGANTE**

Eduardo Haruo Saito, Cláudio Higa., Rodolfo Acatuassu Nunes, André Luis Favero, Adriana Jardim Borges e David Nigri - Serviço: Departamento de Cirurgia Geral – Disciplina Cirurgia Torácica – FCM-UERJ

R.D.S.F., 42 anos, feminina, branca, iniciou em setembro de 1997, quadro de dispneia importante (asmática há 20 anos), com dor torácica posterior não pleurítica e taquicardia. Na ocasião fez RX de tórax que evidenciou apenas uma aparente elevação de hemicúpula diafragmática esquerda. No exame físico (novembro de 1998) as alterações encontradas foram: bulhas hipofonética, MV e FTV abolidos e com presença de maciez no terço inferior de HTE. Nesta ocasião o RX de tórax revelou faixa atelectásica na base esquerda e elevação da hemicúpula frênica esquerda com obliteração do seio costal frênico homólogo. Como havia uma suspeita de aumento da área cardíaca foi realizado também um ecocardiograma onde apenas demonstrava segundo o laudo um volumoso derrame pleural à esquerda. A TC de tórax do dia 24/11/98 revelou: coleção líquida ocupando praticamente toda a metade inferior do hemitórax esquerdo. Esta paciente foi então submetida a uma toracocentese (dia 05/12/98) cuja a análise revelou um exsudato com 95% de mononuclear, cultura para fungos e BK negativas e a citologia revelou ausência de células neoplásicas. Nesta ocasião também se realizou uma biópsia de pleura com agulha de Cope e a análise do fragmento pleural também foi inconclusiva. Como o "derrame" pleural novamente se acumulou (US de tórax do dia 08/02/99), optou-se então por realizar uma pleuroscopia (dia 19/02/99). Este exame revelou a presença de um grande cisto de coloração violácea ocupando 1/3 inferior da base do HTE e se estendendo até o mediastino anterior. Realizamos então uma toracotomia anterior esquerda e ressecamos o enorme cisto (160 x 90 mm), cuja a análise histopatológica revelou ser um cisto tímico.

**DERRAME PLEURAL E SÍNDROME LUPUS-LIKE INDUZIDA POR CARBAMAZEPINA**

Salluh JIF; Cutrim DAF; Marques MJL; Franco CAB. Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ

**Introdução:** O lupus induzido por droga é condição clínica rara que habitualmente cursa com manifestações pleuro-pulmonares agudas. A carbamazepina é uma droga raramente implicada em "síndromes lupus-like", mas seu diagnóstico deve ser sempre aventado e a suspensão da droga bem como o uso de anti-inflamatórios não-hormonais ou esteróides levam a remissão dos sintomas. **Relato de caso e Conclusão:** Uma paciente de 28 anos do sexo feminino procurou o ambulatório de pneumologia do HUCFF com quadro de dor torácica ventilatório-dependente e tosse seca com evolução de 2 meses. A paciente relatava também febre diária de 38°C e poliartalgia nas últimas 3 semanas. Ao exame encontrava-se hipocorada +/4+, taquicárdica e com sinais de artrite em punhos. O exame do tórax revelava diminuição do murmúrio vesicular em base direita e maciez a percussão. A paciente negava pneumopatias prévias, tabagismo e contato com tuberculose. A paciente era epilética desde os 8 anos tendo usado previamente fenobarbital e no momento fazia uso de Carbamazepina há aproximadamente 6 meses com bom controle da epilepsia. Realizou Radiografia de tórax que revelou derrame pleural bilateral e presença de faixas atelectásicas em base direita. Havia no hemograma anemia normocítica normocrômica, discreta leucopenia, FAN positivo 1: 256, anti-DNA negativo. O líquido pleural de aspecto amarelo citrino revelou ser um exsudato linfocítico, ausência de microorganismos e células neoplásicas. Foi a seguir solicitada pesquisa de anticorpo anti-histona no sangue que foi positiva fechando o diagnóstico de Lupus induzido por droga, sendo carbamazepina a droga implicada. Foi iniciado prednisona 30mg/dia e a paciente obteve significativa melhora clínica radiológica em 4 semanas. A Síndrome *lupus-like* é geralmente causada por drogas sendo procainamida, isoniazida e hidralazina as mais frequentemente implicadas. A ausência de doença renal e neurológica bem como a predominância de sintomas pleuro-pulmonares e articulares caracterizam a síndrome, porém seu diagnóstico definitivo se faz com a detecção do anticorpo anti-histona como no caso descrito e a suspensão da droga leva a remissão definitiva dos sintomas. Apesar da ausência de estudos randomizados controlados o uso de AINHS e esteróides parece acelerar a resolução dos sintomas.

**DERRAME PLEURAL: ESTUDO DE 183 CASOS EM HOSPITAL PÚBLICO**

David SG; Marques AM.Coimbra K; Cruz AS; Campos CA; Franco DR; Santa Rosa VS; Soares PP; Wiering ACG. Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro

Avaliar crianças internadas por derrame pleural nos aspectos clínico, etiológico, radiológico e terapêutico. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de 183 crianças internadas por derrame pleural, na enfermaria de Pediatria do Hospital Jesus, no período de janeiro de 1992 à dezembro de 1998. Foram enfocados os seguintes aspectos: idade, sexo, grau de nutrição, apresentação clínica, radiografia de tórax, toracocentese e/ou drenagem torácica, tempo de drenagem, agente etiológico, antibioticoterapia de primeira escolha e tempo de internação. **RESULTADOS:** Das crianças avaliadas 52% eram do sexo masculino e 48% do feminino; lactentes corresponderam a 21,7% e crianças entre 1 a 5 anos à 67,2%; 69,3% eram crianças eutróficas e 26,6% desnutridas; sintomas respiratórios precederam à internação em 91,2% dos casos, e apenas sintomatologia inespecífica acometeu à 8,7%, febre esteve presente em 74,3% da casuística; o hemitorax direito foi envolvido em 61,2%, e o esquerdo em 35,5%; apenas antibioticoterapia e/ou toracocentese foi utilizada em 45,8% e drenagem fechada e/ou aberta em 52,9%; tempo de drenagem inferior à 14 dias em 37,6% da casuística e superior à 15 dias em 13,1%; pneumococo e estafilococo foram isolados respectivamente em 14 e 13 amostras, do total de 88 exames do líquido pleural realizados; Penicilina Cristalina foi a droga de primeira escolha em 49,1% dos casos. **CONCLUSÕES:** Manifestação respiratória e febre acometeu a maior parte da casuística, representada por 89% de crianças menores de 5 anos, o hemitorax direito foi quase duas vezes mais envolvido que o esquerdo, e Penicilina Cristalina a droga mais freqüentemente empregada. Chama atenção a intervenção apenas por toracocentese e/ou antibioticoterapia na quase metade dos casos e a praticamente mesma proporção dos germes mais comumente apontados como agentes etiológicos do derrame pleural na infância.

**SIGNIFICADO DOS COMPLEXOS IMUNES**

**NA PATOGÊNESE DO DERRAME PLEURAL EXSUDATIVO**  
Silva Jr, CT; Behrsin, RF; Chami, LMP; Pinto, ALA; Rangel, AO; Gonçalves, JJS. - Pneumologia/HUAP/UFF; IBAC - Laboratório Médico Ltda

Complexos imunes são potencialmente maléficos porque podem depositar-se nas paredes dos vasos, ativar complemento e levar a reações inflamatórias que lesam tecidos.

**OBJETIVO:** avaliar importância dos complexos imunes na patogênese de derrames pleurais exsudativos; estudar se a dosagem de complexos imunes tem sensibilidade e especificidade para o diagnóstico diferencial da síndrome do derrame pleural exsudativo.

**CASUÍSTICA:** dois pacientes oriundos do ambulatório de Pleurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (H.U.A.P.), pertencente à Universidade Federal Fluminense (UFF). Ambos com diagnóstico etiológico comprovado. Um com diagnóstico de tuberculose pleural e outro com diagnóstico de adenocarcinoma pleural.

**MATERIAL:** amostras de 500 mL de líquido pleural. Amostras contaminadas, com hemólise e com colesterol elevado, não são utilizadas pela presença de interferentes no ensaio.

**MÉTODO:** enzima-imunoenzaio, para quantificação de imuno-complexos circulantes; pleurograma

**RESULTADOS:** tuberculose pleural: 50 mg/L; adenocarcinoma: 10 mg/L.

**CONCLUSÕES:** o aumento da casuística é necessário para concluir-se sobre os objetivos propostos; a presença de doenças auto-imunes é importante para avaliar a importância para o diagnóstico diferencial da síndrome do derrame pleural.

**EXPRESSÃO DA BETA-2-MICROGLOBULINA (BETA-2-M) NA SÍNDROME DE DERRAME PLEURAL**

Pessôa, CLC; Silva Jr, CT; Monteiro, NP; Behrsin, RF; Costa, PA; Rios, MGB - Universidade Federal Fluminense e IBAC - Laboratório Médico Ltda

Beta-2-microglobulina é uma proteína de 11.800 daltons com uma seqüência de 100 aminoácidos presente nas células nucleadas, particularmente linfócitos. É a cadeia beta das moléculas da classe I do complexo de histocompatibilidade principal. **OBJETIVO:** Determinar a importância da dosagem de beta-2-microglobulina no diagnóstico diferencial da síndrome de derrame pleural. **MATERIAL:** Líquido pleural. **MÉTODOS:** Pleurograma; Método de quimioluminescência para dosagem de beta-2-M; Características diagnósticas de sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN), eficiência (A) e limiar de reatividade com especificidade máxima (LR). **CASUÍSTICA:** Dosagem de beta-2-M em 31 líquidos pleurais de pacientes oriundos do ambulatório de pleurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, pertencente à Universidade Federal Fluminense em Niterói-RJ. 15 casos de tuberculose com beta-2-M entre 2.775,7 e 6.273,0ng/ml, 4 casos de adenocarcinoma com beta-2-M entre 2,86 e 3.817,0ng/dl, 2 casos de empiema com beta-2-M entre 2,5 e 8.202,0ng/ml, 3 casos de tromboembolismo pulmonar com beta-2-m entre 3,35 e 13.287,0ng/dl, 3 casos de derrames parapneumônicos com beta-2-M entre 3.078,0 e 3.923,0ng/dl e 4 casos de transudatos com beta-2-M entre 3,2 e 4,0ng/dl, levando-se em conta que um destes casos de transudato foi retirado da análise por se tratar de um caso de insuficiência renal crônica. **RESULTADOS:** Para o diagnóstico de tuberculose pleural, as características de beta-2-M, com LR 4.001,5 ng/dl são: S: 66,6%, E: 80,0%, VPP: 76,9%, VPN: 70,5%, A: 73,3%. **CONCLUSÕES:** A dosagem de beta-2-M no líquido pleural pode ser um marcador útil para o diagnóstico de tuberculose pleural; o aumento da casística é necessário para estabelecer um limiar de reatividade adequado.

**AValiação da Importância de Dosagem do Antígeno Carcinogênico 125 (CA 125) no Líquido Pleural**

Rios MGB, Silva Jr CT, Costa PA, Pessôa CLC, Monteiro NP - Pneumologia/HUAP/UFF e IBAC - Laboratório Médico Ltda.

O CA 125 é um marcador tumoral mucínico, utilizado no diagnóstico do câncer epitelial de ovário. Reconhecido pelo anticorpo monoclonal OC 125, este determinante antigênico se expressa em tecidos, fetais e adultos, derivados do epitélio celômico, como os ductos Müllerianos e as células mesoteliais da pleura, peritônio e pericárdio. Eleva-se em situações fisiológicas, doenças benignas e malignas. **OBJETIVO:** determinar a importância do CA 125 pleural (CA 125-L) no diagnóstico diferencial da síndrome do derrame pleural. **MATERIAL:** líquido pleural. **MÉTODOS:** pleurograma; CA 125-L dosado pelo método de enzima imunoensaio por micropartículas (MEIA); características diagnósticas de sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN), eficiência (A) e limiar de reatividade com especificidade máxima (LR). **CASUÍSTICA e RESULTADOS:** realizadas 29 dosagens de CA 125-L, em 28 pacientes com derrame pleural, 15 homens e 13 mulheres, com idades de 18 a 88 anos, atendidos no ambulatório de Pleurologia do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (Niterói - RJ). Tuberculose pleural: 12 pacientes (CA 125-L: 2,5-1347,0 U/mL), parapneumônico: 5 pacientes (CA 125-L: 14,9-283,0 U/mL), transudato: 5 pacientes (CA 125-L: 100,0-318,8 U/mL), adenocarcinoma: 4 pacientes (CA 125-L: 138,0-3464,1 U/mL) e tromboembolismo pulmonar: 3 pacientes (CA 125-L: 102,0-1607,6 U/mL). **CONCLUSÕES:** o aumento da casística é necessário para avaliar a importância de dosagem do CA 125-L para o diagnóstico diferencial na síndrome do derrame pleural.

**BRONCSCOPIA NO PACIENTE QUEIMADO**

Sangalli V, Rabello E, Mello R, Nunes C, Nascimento A. - Serviço: Seção de pneumologia - Hospital da Força Aérea do Galeão (HFAG).

As lesões de vias aéreas por inalação de fumaça (LIF) associam-se com maior mortalidade e morbidade, constituindo-se, juntamente com a idade e a superfície corporal acometida, num fator de risco independente no paciente queimado. A broncoscopia (BCP) precoce é o método de eleição para o diagnóstico dessas lesões, devendo ser realizada sempre que forem suspeitadas, na ausência de contra-indicações para o método. Os autores relatam os resultados de BCP realizadas em 27 pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do HFAG no período de maio/90 a maio/99, dividido numa fase retrospectiva de maio/90 a março/97 (n = 11) e numa prospectiva de set/97 a maio/99 (n = 16). A queimadura mais freqüente foi por chama (70%), seguida por *flash* elétrico (19%) e as lesões mais observadas foram hipervêmia 59% e edema (56%). Os achados endoscópicos distribuíram-se quase uniformemente do laringe aos brônquios lobares, com menor ocorrência nos segmentares. Sete BCP foram normais, das quais, 5 em queimaduras elétricas. Na fase prospectiva, foram internados 72 pacientes, sendo o índice de mortalidade global de 11%. Em 11 pacientes com LIF, a mortalidade foi de 27% e em 61, com BCP normal ou sem indicação para tal, ela foi de 8%. No período total do estudo, dos 27 casos, 18 tiveram LIF; destes, 9 (50%) evoluíram para insuficiência respiratória aguda (IRA), dos quais 6 (33%) vieram a morrer. Dos 7 casos restantes, apenas 1 evoluiu para IRA, sem ocorrência de óbito. Em semelhança aos dados de literatura, o diagnóstico de LIF acrescentou um risco de 50% de desenvolver IRA e aumentou em cerca de três vezes a mortalidade nos pacientes queimados, quando comparados aqueles sem evidências da lesão. Não foi observada relação entre o tipo ou distribuição das lesões e a mortalidade ou ocorrência de IRA. Além do valor prognóstico, os autores chamam a atenção sobre a utilidade da BCP como método terapêutico e a importância do diagnóstico precoce de LIF na indicação de ventilação mecânica, redimensionamento da reposição hídrica e adoção de cuidados especiais com as vias aéreas.



AstraZeneca 

**CANETAS PERIGOSAS II**

Clemente R. C., Mello L.F. P., Ferreira A., Figueiredo H.N., Martins A.M., Berzhin R. - Serviço de Endoscopia-HUAP. / Disciplina de Pneumologia-MMC - UFF

Ocorreu-nos divulgar este caso, em caráter preventivo, a partir da leitura de um breve artigo no "Pulmão RJ", órgão da SOPTEJ- Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro. (1) Tratava-se do relato de uma pneumonia prolongada em criança cujo desfecho foi alcançado com a retirada, por broncoscopia, de um corpo estranho ("tampinha" de caneta) do brônquio do lobo superior esquerdo. Lembrei-me de um caso muito assemelhado visto há cerca de um ano quando nos foi enviado, para esclarecimento, um menino também com pneumonia sem resolução. Formulada a hipótese de obstrução brônquica, indagamos do paciente a respeito. Revelou então ter tido "um engasgo com tosse" há 3 meses enquanto trocava a ponta (descartável) da sua lapiseira. Alegou que não havia comentado o acidente com receio de alguma repreensão. Da mesma forma, foi extraída uma peça de lapiseira do brônquio intermediário, com involução do processo infeccioso. O fato é que após as sementes, os objetos escolares são os mais freqüentemente envolvidos na aspiração de corpos estranhos em crianças (2). Como a retirada de partes dessas canetas desmontáveis já foi mencionado na literatura internacional da especialidade, esse dois casos *documentados* no Rio de Janeiro devem servir de alerta (3). Seria oportuno que os responsáveis e o governo impedissem a utilização de material escolar composto de peças diminutas. A coordenação motora ainda em treinamento associados em vários casos a fase de reconhecimento oral, fazem com que pequenos objetos sejam repetidamente levados à boca, a caminho de uma possível asfixia ou complicação respiratória

- 1-Lucas, Valmir S. Canetas perigosas. Pulmão RJ 7 (4): 380-381, 1998  
 2-Cataneo A J et al. Corpo estranho. J Pneumol 19 (supl 1):124-128, 1993  
 3-Yukse T et al. Dangerous Pencils. Chest 102 (3): 965-967, 1992

**ABSCESO PULMONAR NA INFÂNCIA****RELATO DE 11 CASOS**

David SG; Marques AM. Gonçalves BM; Guimarães G; Honorato AC; Recarey FG; Veiga FDL. Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro

Os autores descrevem 11 casos cuja avaliação clínico - radiológica sugere o diagnóstico de abscesso pulmonar. **OBJETIVO:** Relatar as manifestações clínicas, radiológicas e a resposta à terapia em crianças com pneumonia abscedante. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo descritivo, através da análise de prontuários médicos em crianças internadas, nas quais o diagnóstico final considerado foi abscesso pulmonar. No período de 8 anos, 15 crianças tiveram alta com este diagnóstico, porém 4 foram excluídas do estudo por terem descrição radiológica incompleta e/ou não corresponderem à definição clássica de abscesso pulmonar (cavidade grande, circunscrita, com paredes espessas e nível hidro-aéreo). Foram avaliados a faixa etária, sexo, grau de nutrição, manifestações clínicas e presença de febre com a duração destas sintomatologias. Observado internação recente e o uso prévio de antibióticos descrição radiológica, tratamento instituído e o tempo de internação. **RESULTADOS:** Cinco crianças eram menores de 2 anos, 2 na faixa etária entre 3 e 7 anos e 4 maiores de 7 anos; 6 meninos e 5 meninas, apenas 2 casos de desnutrição acentuada. Sintomas respiratórios e febre estiveram presentes em 100% da casuística, com duração superior a 15 dias em 7 crianças, uso de antibiótico prévio em 9 casos. As lesões predominaram no hemitorax direito e o tratamento de escolha foi a Oxacilina. Tempo de internação acima de 15 dias em 7 crianças. **CONCLUSÃO:** Chama atenção a evolução sub aguda da afecção, o acometimento em crianças pequena e em escolares e a boa resposta à terapêutica. Os autores ressaltam o diagnóstico diferencial com a pneumatocele e a necessidade de ser melhor estudada na infância.

**O PAPEL DA BRONCOSCOPIA NA HEMOPTISE MACIÇA**

Autores: Guimarães CA, Marsico GA, Clemente AM, Costa MM, Cunto JHC, Martins MPV. Instituição: Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Introdução.** A hemoptise maciça (HM) é a expectoração de sangue em volume <sup>3</sup> 400 ml em 24 horas. Como primeiro passo no atendimento a um paciente com HM, é realizada uma avaliação clínico-radiológica. Em seguida, os principais problemas que se impõem são o controle e a localização do sítio de sangramento. O procedimento mais importante nessa fase é a broncoscopia. No IDT-UFRJ vem sendo desenvolvida uma grande experiência no controle da HM com utilização de endoscopia brônquica associada à lavagem com soro fisiológico gelado. O objetivo deste trabalho é verificar o papel da broncoscopia na localização do sítio de sangramento e no controle da HM.

**Método.** Foram estudados, retrospectivamente, 501 pacientes com HM, no período de 1978 a 1998. Havia 384 (76,6%) de homens e 117 (23,4%) de mulheres. A sistematização da lavagem endobrônquica com soro fisiológico a 4°C foi proposta em 1980 (1). O sítio de sangramento foi considerado localizado quando, pelo menos, foi observado de qual pulmão provinha a hemorragia.

**Resultados.** Em 323 pacientes com HM foi realizada broncoscopia rígida durante o sangramento. A localização do sangramento foi possível em 299 (92,6%) dos casos. O método de controle da HM com lavagem com soro gelado foi utilizado em 303 pacientes. A parada da hemorragia ocorreu em 291 (96%) dos casos.

**Conclusões.** A broncoscopia na hemoptise maciça é eficaz na localização e no controle do sangramento.

**Referência.**

1. Conlan AA, Hurwitz S. Management of haemoptysis with the rigid bronchoscope and cold saline lavage. Thorax 1980; 35:901-4.

**Selimax**  
Azitromicina

Serviço de  
Atendimento LIBBS  
0800-135044

**40** ANOS  
LIBBS  
FARMACÊUTICA

**CAVIDADES PULMONARES: REVISÃO, ASPECTOS RADIOGRÁFICOS E CRITÉRIOS DE INTERPRETAÇÃO**

Martins CAV; Araújo CMM - SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO. SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA - 41ª ENFERMARIA

**RESUMO**

Imagens císticas ou cavitárias não são patologias definidas, sendo expressão radiográfica de uma doença, como são os derrames pleurais e os infiltrados pulmonares intersticiais. Apesar das hipertransparências anulares serem tão freqüentes quanto estas entidades, não vêm merecendo na literatura a mesma posição de destaque, sendo raramente capítulo de livro ou mesmo assunto de artigo. Em vista disto julgou-se válido a realização de um resumo das principais causas e propor uma metodologia para a análise radiológica de uma cavitação pulmonar. Foram estudadas 500 radiografias das mais variadas etiologias, tendo em comum o fato de apresentarem cavitação. Baseando-se em vários parâmetros como localização anatômica, espessura da parede, dimensões, presença de nível hidroaéreo, morfologia da parede interna, cavidade única ou múltiplas e a existência ou não de outras alterações radiográficas, verificou-se que muitas cavidades pulmonares possuem características peculiares que podem sugerir o diagnóstico etiológico.

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (TB) EM UM HOSPITAL GERAL REFERÊNCIA PARA SIDA/AIDS.**

Melo FCQ; Salles C; Gonçalves M; Pedra A; Loredó C; Goes K; Brito Z; Martins M; Pereira M; Kritski AL. - Prog. de Controle da TB Hospitalar/Serv. Pneumol.

**Introdução:** entre os 10.000 casos de TB anualmente diagnosticados na cidade do RJ, 33% deles são notificados em hospitais onde inexistem Programas de Controle da TB (PCTH).

**Objetivo:** avaliar o impacto inicial das atividades de um PCTH.

**Métodos:** foram analisados os resultados do tratamento anti-TB e os indicadores de controle de infecção por *M.tb* após a implementação do PCTH. Período: outubro de 1998 a julho de 1999.

**Resultados:** 124 pacientes foram inscritos no PCTH, em 64 com período completo de acompanhamento ambulatorial. Efetividade cura: 43 (67,2%), óbito: 8 (12,5%), abandono: 1 (1,5%) e transferência: 12 (18,8%). Em 45 indivíduos submetidos a tratamento preventivo anti-TB não ocorreu caso de abandono. Entre 211 pacientes internados com suspeita de TB, em 55 (26%) o diagnóstico foi confirmado. Isolamento respiratório imediato dos casos suspeitos de TB pulmonar foi realizado em mais de 95% dos casos e redução da taxa de viragem tuberculínica entre profissionais de saúde passou de 8,6% (32/275) para 5,0% (19/377).

**Conclusão:** A implementação do PCTH proporcionou uma redução da transmissão de TB e uma abordagem diagnóstica e terapêutica mais apropriada para pacientes atendidos em Unidade de Saúde de nível terciário.

**MALFORMAÇÃO VASCULAR ARTERIAL PULMONAR: RELATO DE UM CASO COM FALHA DO TRATAMENTO POR EMBOLIZAÇÃO**

Lucas, V. S. De Marco, M. A. Barbosa, C. B. Lobão, J. N. - Instituição: Serviço de Pneumologia do HFAG.

A Malformação Vascular Arterial Pulmonar (MVAP), objeto do caso em questão, cujo relato destina-se a mostrar a evolução desfavorável após tratamento com embolização, e discutir possíveis critérios de não utilização desse procedimento como terapêutica definitiva.

Trata-se de um garoto de 12 anos, previamente sadio e sem qualquer história familiar de sangramento respiratório ou telangectasias, admitido ao HFAG com hemoptise maciça.

Submetido à broncoscopia que localizou o sangramento no LID, controlado com lavagem do lobo com salina gelada e ventilação mecânica com PEEP.

Sangramentos posteriores tornaram necessários a instalação de balonete endobrônquico no LID, bem como novas broncoscopias e traqueostomia.

O Rx do tórax mostrava infiltrado alveolar na base do HTD.

Arteriografias pulmonar, brônquica e intercosal revelaram má formação vascular arterial, nutrida por múltiplos vasos sistêmicos, inclusive a aorta, tendo os ramos nutridores sido embolizados com sucesso (controle do sangramento).

Após 10 dias de melhora progressiva, em seguida a esforço físico, apresentou hemoptise fatal.

O caso testemunha a falha da embolização múltipla no tratamento da MVAP em questão, obrigando-nos a considerar, num contexto semelhante, a indicação cirúrgica ablativa.

**TOSSE CRÔNICA X ESCLERODERMIA: NO QUE PODEMOS PENSAR?**

Elabras Filho J, Neves ARR, Valle SOR, De la Reza D, França AT. - Serviço de Imunologia Clínica - HUCFF/UFRJ - Ambulatório de Tosse Crônica.

Caso clínico: M.G.S., 38 anos, sexo feminino, negra, costureira, natural e procedente do Rio de Janeiro.

Paciente com tosse persistente, não produtiva, de início há 4 anos, associada à gotejamento pós-nasal, coriza hialina e obstrução nasal. Paralelamente apresentou poliartralgia e epigastralgia. EDA evidenciou esofagite e hérnia de hiato. Diagnosticada Esclerose Sistêmica Progressiva, por biópsia de lesões cutâneas, há 1 ano. Teve Tuberculose Pulmonar há 20 anos e se encontrava em tratamento de hipotireoidismo há 10 anos. Não era tabagista ou fazia uso de qualquer medicamento que pudesse justificar a tosse. Tinha uma irmã com Lupus Eritematoso Sistêmico e um filho com Rinite Alérgica. Exame físico: microstomia, manchas hiperocrômicas em face e tórax anterior, hipertrofia de cornetos nasais, ronos difusos e extertores crepitantes basais. Exames complementares inerentes ao trato digestivo e respiratório: PFR - Restrição acentuada. Difusão do CO normal. Esofagomanometria: Hipotensão do EEI e aperistalse distal do esôfago. TC de tórax - Estrias, nódulos e bolhas subpleurais no ápice do PE, condensações posteriores em PE e bronquiectasias em lobos inferiores. Testes cutâneos com inalantes - Negativos. RX dos seios paranasais - Normal.

Impressão diagnóstica: Tosse associada à Rinite, Refluxo Gastroesofageano, Bronquiectasias e Doença Intersticial Pulmonar pela Esclerodermia.

**TOSSE CRÔNICA: DOIS CASOS POUCO ROTINEIROS.**

Elabras Filho J, Behrsin R F, Maia M C, Lobão R, Kovach R D, Reis D J. - Serviços de Pneumologia, Clínica Médica e Cirurgia Torácica do Hospital Adventista Silvestre - Rio de Janeiro.

Caso 1: A.L.A., 50 anos, masculino, branco, casado, industrial. Paciente com quadro de tosse não produtiva de início há quatro anos. Há um ano apresentara dispnéia progressiva até os pequenos esforços. Sem febre, emagrecimento, e sem antecedentes respiratórios mórbidos de monta (inclusive ocupacionais). Antecedentes de hérnia de hiato esofageano e toxoplasmose cerebral (curado). Procurou a Clínica Médica (após o período supracitado), que solicitou exames de investigação básicos, dentre eles telerradiografia de tórax que evidenciou infiltrado intersticial bilateral de maior intensidade à E. Encaminhado parecer à Pneumologia, que solicitou Tomografia Computadorizada de Tórax e Seios e Face além de Endoscopia Digestiva Alta. Confirmada Doença Pulmonar Intersticial à esclarecer e Refluxo gastro-esofageano. Gasometria com hipoxemia grave. Ecocardiograma normal. Anti-HIV negativo. Sem condições clínicas para realizar Broncofibroscopia. Devido a grande gravidade do caso indicada Biópsia Pulmonar Cirúrgica por Videotoracoscopia. Diagnóstico: Fibrose Pulmonar de etiologia idiopática, em fase avançada de doença.

Caso 2: V.E.A.B., 73 anos, sexo feminino, branca, do lar. Paciente com tosse pouco produtiva (secreção clara) de longa data (anos). Sem antecedentes mórbidos de monta, não tabagista, sem uso de qualquer medicamento. Investigação da tosse: hemograma e parasitológico de fezes - normais, telerradiografia de tórax - normal, TC de seios da face - normal, TC de tórax de alta resolução - presença de bronquiectasias difusas, espirografia forçada - obstrução moderada com redução leve e persistente da CVF. Diagnóstico: Bronquiectasias difusas de origem indeterminada.

**SARA DIRETA E INDIRETA:****NECESSIDADE DE DIFERENTES NÍVEIS DE PEEP**

Vianna A, Kalichsztein M, Werneck P, Camillis F, Gomes MV. - Serviço de Terapia Intensiva - Clínica São Vicente, Rio de Janeiro (RJ)

A SARA pode ser causada por injúrias diretas ou indiretas. Gattoni et al estudou o mecanismo fisiopatológico de ambos e observou que na SARA por injúria indireta havia formação de mais atelectasias e com isso era necessário níveis maiores de PEEP para que se pudesse evitar o colapamento alveolar cíclico. Este estudo visa comparar os níveis de PEEP, titulados pela Complacência Estática do sistema respiratório (Cest) em 30 pacientes acompanhados no Centro de Terapia Intensiva da Clínica São Vicente, no período de novembro de 1996 a março de 1999, diagnosticados pelos Critérios do Consenso Euro-Americano de SARA de 1994. Os pacientes foram divididos em dois grupos:

**Grupo 1:**

SARA indireta (sepsis, politrauma, choque hipovolêmico, pancreatite aguda, politransfusão, pós bypass cardiopulmonar, pós transplante de pulmão e fratura de ossos longos);

**Grupo 2:**

SARA direta (broncoaspiração, contusão pulmonar, pneumonia, afogamento, injúria de reperfusão e inalação de gás tóxico). Dos 30 pacientes estudados, 15 tinham SARA indireta, e a outra metade SARA direta. O PEEP médio titulado pela Cest nos pacientes com SARA indireta foi de  $14,26 \pm 3,78$  cm H<sub>2</sub>O, enquanto nos pacientes com SARA direta os níveis de PEEP encontrados foram de  $12,26 \pm 3,08$  (p < 0,001). Assim, podemos concluir que existem dois padrões fisiopatológicos diferentes relacionados a causa da SARA. O reconhecimento destas diferentes situações vai ser importante no momento do manejo ventilatório destes pacientes.

**O PROCESSO DE LEITURA NA ELABORAÇÃO DE UMA TESE, NA ÁREA MÉDICA**

Autores: Rosas P, Guimarães CA. - Instituição: Biblioteca do Instituto de Doenças do Tórax da Universidade Federal do Rio de Janeiro (BIBLIDT-UFRJ)

**Introdução:** Na BIBLIDT-UFRJ, os pós-graduandos recebem auxílio na elaboração de suas teses e dissertações, não somente na pesquisa bibliográfica, mas, também, na confecção da ficha catalográfica, na revisão das referências e na formatação em geral. Desta experiência surgiu a pergunta: Quais os tipos de leitura necessários para a elaboração de uma tese, na área médica? Para responder àquele questionamento foi realizada busca nas bases LILACS e MEDLINE. Contatou-se que os trabalhos publicados versavam sempre sobre o modo de escrever, não existindo informações sobre o processo de leitura na elaboração dessas comunicações. O objetivo deste trabalho foi estudar o processo de leitura na elaboração de uma tese, na área médica. Fundamentos teóricos. Há quatro níveis de leitura: **elementar, inspeccional, analítica e sintópica.**<sup>1</sup> Esses níveis são cumulativos. A elementar não faz parte do processo de leitura científica. A **inspeccional** se caracteriza pelo tempo; é uma leitura rápida. Nesse nível se descobre se o texto merece uma leitura demorada. A **analítica** é minuciosa; é a melhor e a mais completa leitura que se pode fazer num tempo ilimitado. A leitura **sintópica** é a mais complexa de todas, exigindo mais do leitor, o qual lê muitos textos, correlacionando-os entre si. **Conclusões:** O processo de leitura na elaboração de uma tese, na área médica, exige todos os níveis de leitura, com exceção da leitura elementar. Na busca bibliográfica, utiliza-se a leitura inspeccional e analítica para selecionar as comunicações de interesse para a pesquisa. Por fim, para elaboração dos capítulos da tese propriamente dita, emprega-se a leitura inspeccional, analítica e sintópica, esta última quando se escreve a Discussão.

**Referência**

1. Adler JM, Van Doren C. A arte de ler. Rio de Janeiro: Agir; 1974.

# Health News

**Um serviço com a credibilidade Vitrô**

Você já pode ter acesso a todas as notícias mais importantes de sua área.

**HealthNews** cumpre a função de colocar o mundo ao seu alcance.

**VEJA AS VANTAGENS:**

- Notícias relevantes, diretamente dos principais centros de pesquisa e suas fontes.
- Em língua portuguesa.
- Mensal
- Entregue em seu endereço

**INFORMAÇÕES E ASSINATURAS:**

Telefax: (21) 509-0730. Tel.: (21) 507- 6042

E-mail: vitro@vitro.com.br



# ÍNDICE REMISSIVO

|  |  |  |
|--|--|--|
| Aidê MA .... 12 <sup>C</sup> , 16 <sup>D</sup> , 17 <sup>A</sup> , 17 <sup>C</sup> , 19 <sup>B</sup>   | Cavalcante SC ..... 11 <sup>C</sup> , 11 <sup>D</sup>  | Frânco DR ..... 21 <sup>A</sup> , 32 <sup>C</sup>  |
| Albuquerque HC ..... 17 <sup>D</sup> , 18 <sup>A</sup>   | Cazelli CM ..... 13 <sup>B</sup>   | Gabetto JM ..... 8 <sup>A</sup> , 8 <sup>B</sup> , 8 <sup>C</sup> , 19 <sup>C</sup>  |
| Almeida CL ..... 8 <sup>A</sup>  | Ceotto L ..... 10 <sup>B</sup>   | Giannini AF ..... 29 <sup>D</sup>  |
| Almeida LL ..... 12 <sup>B</sup>   | Chami LMP ..... 33 <sup>A</sup>  | Goes K ..... 35 <sup>B</sup>   |
| Aloe M ..... 21 <sup>A</sup>   | Clemente AM ..... 16 <sup>B</sup> , 34 <sup>B</sup>  | Gomes CK ..... 31 <sup>C</sup>   |
| Amaral Jacques AC ..... 20 <sup>D</sup>  | Clemente C ..... 19 <sup>A</sup> , 19 <sup>B</sup>   | Gomes MV ..... 36 <sup>C</sup>   |
| Amoedo A ..... 21 <sup>A</sup>   | Clemente RC ..... 34 <sup>A</sup>  | Gomes V ..... 31 <sup>D</sup>  |
| Andrade RR ..... 27 <sup>A</sup>   | Coelho JCO ..... 28 <sup>A</sup>   | Gomes VAM ..... 12 <sup>D</sup>  |
| Anjos WC ..... 20 <sup>D</sup> , 24 <sup>C</sup>   | Coimbra K ..... 32 <sup>C</sup>  | Gonçalves BM ..... 34 <sup>C</sup>   |
| Aquino MDPC ..... 8 <sup>A</sup> , 8 <sup>C</sup>  | Conde MB ..... 12 <sup>B</sup> , 24 <sup>D</sup>   | Gonçalves JJS ..... 33 <sup>A</sup>  |
| Araújo AJ ..... 17 <sup>D</sup> , 18 <sup>A</sup>  | Corrêa JC ..... 9 <sup>C</sup> , 9 <sup>D</sup> , 15 <sup>B</sup> ,<br>15 <sup>C</sup> , 15 <sup>D</sup> , 15 <sup>A</sup> , 16 <sup>A</sup> , 17 <sup>B</sup> , 24 <sup>B</sup> , 24 <sup>D</sup> | Gonçalves JQ ..... 11 <sup>D</sup>   |
| Araújo CMM ..... 35 <sup>A</sup>   | Correia LCA ..... 17 <sup>D</sup> , 18 <sup>A</sup> , 18 <sup>C</sup>  | Gonçalves M ..... 35 <sup>B</sup>  |
| Araújo EMM ..... 29 <sup>A</sup>   | Costa AA ..... 18 <sup>B</sup> , 21 <sup>B</sup> , 25 <sup>A</sup> , 28 <sup>B</sup>   | Gonçalves VM ..... 29 <sup>A</sup>   |
| Assis PG. 24 <sup>D</sup> , 24 <sup>B</sup> , 25 <sup>B</sup> , 25 <sup>C</sup> , 25 <sup>D</sup> ,<br>26 <sup>A</sup> , 26 <sup>B</sup> , 26 <sup>C</sup> , 26 <sup>D</sup>             | Costa CAP ..... 24 <sup>C</sup>  | Grêp R ..... 12 <sup>A</sup>   |
| Augusto WA ..... 27 <sup>D</sup>   | Costa MM ..... 16 <sup>B</sup> , 34 <sup>B</sup>   | Guedes L ..... 10 <sup>B</sup>   |
| Azevedo DE ..... 24 <sup>C</sup>   | Costa NP ..... 14 <sup>B</sup>   | Guerra LVNR ..... 24 <sup>C</sup>  |
| Azevedo KML ..... 22 <sup>B</sup>  | Costa PA ..... 17 <sup>C</sup> , 33 <sup>B</sup> , 33 <sup>C</sup>   | Guimarães CA ..... 16 <sup>B</sup> , 24 <sup>D</sup> , 34 <sup>B</sup> , 36 <sup>B</sup>   |
| Azevedo KRS ..... 11 <sup>A</sup>  | Coutinho MCL ..... 9 <sup>B</sup> , 19 <sup>D</sup> , 29 <sup>C</sup> , 31 <sup>B</sup>  | Guimarães G ..... 34 <sup>C</sup>  |
| Barbosa CB ..... 35 <sup>C</sup>   | Couto B ..... 10 <sup>B</sup>  | Hammes R ..... 31 <sup>B</sup>   |
| Barros Franco CA ..... 9 <sup>B</sup> , 19 <sup>D</sup> , 20 <sup>C</sup> ,<br>27 <sup>A</sup> , 27 <sup>B</sup> , 29 <sup>C</sup> , 30 <sup>B</sup> , 31 <sup>B</sup> , 32 <sup>B</sup> | Cruz AS ..... 14 <sup>C</sup> , 32 <sup>C</sup>  | Higa C ..... 23 <sup>C</sup> , 28 <sup>D</sup> , 29 <sup>A</sup> , 32 <sup>A</sup>   |
| Bart ..... 12 <sup>B</sup>   | Cruz MTA ..... 13 <sup>B</sup>   | Honorato AC ..... 34 <sup>C</sup>  |
| Bártholo R ..... 23 <sup>D</sup>   | Cunto ..... JHC 34 <sup>B</sup>  | Horta RA ..... 15 <sup>B</sup> , 15 <sup>C</sup> , 15 <sup>D</sup> , 16 <sup>A</sup>   |
| Behrsin RF ..... 8 <sup>A</sup> , 8 <sup>B</sup> , 8 <sup>C</sup> , 31 <sup>C</sup> ,<br>33 <sup>A</sup> , 33 <sup>B</sup> , 34 <sup>A</sup> , 36 <sup>A</sup>                           | Cutrim DFA ..... 9 <sup>B</sup> , 27 <sup>B</sup> , 30 <sup>B</sup> , 32 <sup>B</sup>  | Jansen JM ..... 18 <sup>B</sup>  |
| Belo CS ..... 21 <sup>B</sup> , 25 <sup>A</sup>  | Dalston MO ..... 28 <sup>A</sup>   | Jansen U ..... 08 <sup>D</sup> , 28 <sup>C</sup>   |
| Benigno M ..... 10 <sup>C</sup>  | David SG ..... 13 <sup>D</sup> , 14 <sup>A</sup> , 14 <sup>B</sup> , 14 <sup>C</sup> ,<br>21 <sup>A</sup> , 32 <sup>C</sup> , 34 <sup>C</sup>  | Judice MM .... 11 <sup>B</sup> , 20 <sup>A</sup> , 20 <sup>B</sup> , 22 <sup>D</sup> , 31 <sup>A</sup>   |
| Bethlem EP ..... 30 <sup>D</sup>   | de Assunção APR ..... 13 <sup>C</sup>  | Kaisermann MC ..... 25 <sup>B</sup> , 25 <sup>C</sup> , 25 <sup>D</sup> ,<br>26 <sup>A</sup> , 26 <sup>B</sup> , 26 <sup>C</sup> , 26 <sup>D</sup>           |
| Bethlem N ..... 30 <sup>D</sup>  | De la Reza D ..... 35 <sup>D</sup>   | Kalichsztein M ..... 31 <sup>D</sup> , 36 <sup>C</sup>   |
| Beze RS ..... 27 <sup>C</sup>  | De Marco MA ..... 35 <sup>C</sup>  | Knett TCP ..... 13 <sup>B</sup>  |
| Boaventura AM ..... 30 <sup>D</sup>  | DeRiemer K ..... 13 <sup>C</sup>   | Kovach RD ..... 36 <sup>A</sup>  |
| Borges AJ ..... 32 <sup>A</sup>  | Días RM ..... 22 <sup>A</sup>  | Kritski AL ..... 12 <sup>A</sup> , 12 <sup>B</sup> , 35 <sup>B</sup>   |
| Borges KA ..... 8 <sup>B</sup>   | Días SMO ..... 11 <sup>C</sup>   | Kuftz PMP ..... 18 <sup>D</sup>  |
| Bravo-de-Souza RB ..... 11 <sup>A</sup>  | Diniz CPB ..... 29 <sup>B</sup> , 30 <sup>A</sup>  | Laboissière MM ..... 29 <sup>B</sup> , 30 <sup>A</sup>   |
| Brito PD ..... 9 <sup>A</sup>  | Duarte MAC ..... 21 <sup>A</sup>   | Lannes D ..... 19 <sup>C</sup>   |
| Brito Z ..... 35 <sup>B</sup>  | Duarte RLM ..... 9 <sup>B</sup> , 19 <sup>D</sup> , 27 <sup>A</sup> ,<br>29 <sup>C</sup> , 29 <sup>D</sup> , 30 <sup>B</sup>   | Lara CFS ..... 11 <sup>A</sup> , 24 <sup>D</sup>   |
| Caetano RL ..... 19 <sup>A</sup> , 28 <sup>A</sup>   | Elabras Filho J ..... 31 <sup>C</sup> , 35 <sup>D</sup> , 36 <sup>A</sup>  | Leal MCP ..... 27 <sup>D</sup>   |
| Caldas MLR ..... 22 <sup>B</sup>   | Esteves K ..... 13 <sup>B</sup>  | Leitão GM ..... 31 <sup>C</sup>  |
| Caldeira ZMRC ..... 12 <sup>C</sup> , 16 <sup>D</sup> , 17 <sup>A</sup>  | Faffe DS ..... 18 <sup>D</sup>   | Lemle A ..... 9 <sup>C</sup> , 9 <sup>D</sup> , 10 <sup>B</sup> , 10 <sup>C</sup> ,<br>17 <sup>D</sup> , 18 <sup>A</sup> , 18 <sup>C</sup> , 30 <sup>D</sup> |
| Camillis F ..... 36 <sup>C</sup>   | Faria EC .. 11 <sup>B</sup> , 20 <sup>A</sup> , 20 <sup>B</sup> , 22 <sup>D</sup> , 28 <sup>C</sup> , 31 <sup>A</sup>  | Ligeiro MJ ..... 20 <sup>C</sup> , 31 <sup>B</sup>   |
| Campos CA ..... 32 <sup>C</sup>  | Fávero AL ..... 12 <sup>D</sup> , 32 <sup>A</sup>  | Lima AJ ..... 21 <sup>C</sup>  |
| Capone D... 20 <sup>A</sup> , 20 <sup>B</sup> , 22 <sup>C</sup> , 28 <sup>C</sup> , 30 <sup>C</sup> , 31 <sup>A</sup>  | Ferraz DM ..... 8 <sup>D</sup> , 11 <sup>B</sup> , 18 <sup>B</sup> , 22 <sup>D</sup> , 28 <sup>B</sup>   | Lima FMS ..... 8 <sup>D</sup> , 11 <sup>B</sup> , 20 <sup>A</sup> ,<br>20 <sup>B</sup> , 22 <sup>D</sup> , 28 <sup>C</sup> , 31 <sup>A</sup>                 |
| Cardoso AP ..... 27 <sup>A</sup> , 27 <sup>B</sup> , 29 <sup>D</sup>   | Ferreira AS .... 19 <sup>A</sup> , 19 <sup>B</sup> , 19 <sup>C</sup> , 28 <sup>A</sup> , 34 <sup>A</sup>   | Lima JGM ..... 10 <sup>D</sup>   |
| Carvalho ACP ..... 27 <sup>C</sup>   | Ferreira SP ..... 18 <sup>B</sup> , 21 <sup>B</sup> , 22 <sup>C</sup> ,<br>25 <sup>A</sup> , 28 <sup>B</sup> , 28 <sup>C</sup>   | Lima OAS ..... 8 <sup>B</sup>  |
| Carvalho CE ..... 24 <sup>B</sup> , 25 <sup>B</sup> , 25 <sup>C</sup> ,<br>25 <sup>D</sup> , 26 <sup>A</sup> , 26 <sup>B</sup> , 26 <sup>C</sup> , 26 <sup>D</sup>                       | Figueiredo HN ..... 34 <sup>A</sup>  | Lobão JN ..... 35 <sup>C</sup>   |
| Carvalho MN ..... 30 <sup>C</sup>  | Figueiredo SC ..... 15 <sup>A</sup> , 17 <sup>B</sup>  | Lobão R ..... 36 <sup>A</sup>  |
| Carvalho S ..... 21 <sup>D</sup>   | Fonseca A ..... 10 <sup>B</sup>  | Loivos LPP ..... 19 <sup>D</sup> , 27 <sup>A</sup>   |
| Cassabian LAAS ..... 30 <sup>B</sup>   | Fonseca AN ..... 10 <sup>A</sup>   | Lopes A ..... 10 <sup>B</sup>  |
| Castro HA ..... 18 <sup>C</sup>  | França AT ..... 35 <sup>D</sup>  | Loredo C ..... 35 <sup>B</sup>   |
|  |  | Lucas VS ..... 33 <sup>D</sup> , 35 <sup>C</sup>   |

|  |   |                           |   |                           |   |
|--|---|---------------------------|---|---------------------------|---|
| Machado OG .....   | 27 <sup>D</sup>   | Noronha AJ .....          | 8 <sup>D</sup> ,9 <sup>A</sup> ,11 <sup>B</sup>   | Sampaio MS ..             | 8 <sup>D</sup> ,11 <sup>B</sup> ,18 <sup>B</sup> ,20 <sup>A</sup> ,20 <sup>B</sup> ,<br>22 <sup>C</sup> ,22 <sup>D</sup> ,28 <sup>B</sup> ,28 <sup>C</sup> ,31 <sup>A</sup> |
| Machado TC .....   | 10 <sup>C</sup>   | Nunes C .....             | 33 <sup>D</sup>   | Sant'Anna CC .....        | 10 <sup>A</sup> ,12 <sup>C</sup> ,<br>14 <sup>A</sup> ,16 <sup>D</sup> ,17 <sup>A</sup>   |
| Madi K...25 <sup>B</sup> ,25 <sup>C</sup> ,25 <sup>D</sup> ,26 <sup>A</sup> ,26 <sup>B</sup> ,26 <sup>C</sup> ,26 <sup>D</sup> |   | Nunes RA .....            | 23 <sup>C</sup> ,28 <sup>D</sup> ,32 <sup>A</sup>                                       | Santa Rosa VS .....       | 32 <sup>C</sup>   |
| Maeda TY .....   | 22 <sup>D</sup>   | Oliveira AR .....         | 31 <sup>B</sup>   | Santana MCE .....         | 10 <sup>D</sup>   |
| Maia MC .....  | 31 <sup>C</sup> ,36 <sup>A</sup>  | Oliveira J .....          | 11 <sup>D</sup> ,12 <sup>A</sup>  | Santiago da Rocha M ..... | 13 <sup>C</sup>   |
| Malheiros W .....  | 22 <sup>C</sup> ,31 <sup>A</sup>  | Oliveira LCL .....        | 12 <sup>D</sup>   | Santos BG .....           | 15 <sup>A</sup> ,17 <sup>B</sup> ,24 <sup>B</sup>   |
| Malveira EP .....  | 12 <sup>A</sup>   | Oliveira NM .....         | 13 <sup>A</sup>   | Santos EM .....           | 18 <sup>C</sup>   |
| Manhães de Carvalho JE .....   | 28 <sup>A</sup>   | Pacheco AGF .....         | 11 <sup>C</sup>   | Santos FSF .....          | 13 <sup>B</sup>   |
| Marinè Neto J .....  | 20 <sup>D</sup> ,24 <sup>C</sup>  | Papinutto A .....         | 21 <sup>B</sup>   | Santos LN .....           | 23 <sup>C</sup>   |
| Markowitz S .....  | 17 <sup>D</sup> ,18 <sup>A</sup>  | Paschoal MEM .....        | 23 <sup>A</sup> ,23 <sup>B</sup>  | Santos MARC .....         | 10 <sup>A</sup>   |
| Marques AM .....   | 13 <sup>D</sup> ,14 <sup>A</sup> ,14 <sup>B</sup> ,<br>14 <sup>C</sup> ,21 <sup>A</sup> ,32 <sup>C</sup> ,34 <sup>C</sup> | Patroclo MAA .....        | 13 <sup>A</sup>   | Santos MIV .....          | 24 <sup>A</sup> ,30 <sup>B</sup>  |
| Marques MJL .....  | 23 <sup>A</sup> ,23 <sup>B</sup> ,32 <sup>B</sup>   | Paulo PR .....            | 14 <sup>D</sup>   | Santos ML .....           | 16 <sup>C</sup>   |
| Marsico GA .....   | 16 <sup>B</sup> ,24 <sup>B</sup> ,34 <sup>B</sup>   | Pedra A .....             | 35 <sup>B</sup>   | Santos MVA .....          | 15 <sup>A</sup> ,17 <sup>B</sup> ,24 <sup>B</sup>   |
| Marsico RMS .....  | 9 <sup>C</sup> ,9 <sup>D</sup>  | Peratoner A .....         | 10 <sup>D</sup>   | Santos RL .....           | 16 <sup>C</sup>   |
| Martins AM .....   | 34 <sup>A</sup>   | Peregrino S .....         | 21 <sup>C</sup> ,21 <sup>D</sup> ,22 <sup>A</sup>                                       | Schreiner A .....         | 10 <sup>A</sup>   |
| Martins CAV .....  | 35 <sup>A</sup>   | Pereira da Silva JJ ..... | 28 <sup>A</sup>   | Silva GH .....            | 18 <sup>D</sup>   |
| Martins M .....  | 35 <sup>B</sup>   | Pereira JCB .....         | 23 <sup>D</sup>   | Silva JJ .....            | 30 <sup>C</sup>   |
| Martins MAP .....  | 14 <sup>B</sup>   | Pereira M .....           | 35 <sup>B</sup>   | Silva Jr CT .....         | 17 <sup>C</sup> ,33 <sup>A</sup> ,33 <sup>B</sup> ,33 <sup>C</sup>  |
| Martins MPV .....  | 34 <sup>B</sup>   | Pereira VMF .....         | 9 <sup>C</sup> ,9 <sup>D</sup> ,16 <sup>B</sup>   | Silva MCD .....           | 13 <sup>A</sup>   |
| Martire TM .....   | 21 <sup>C</sup> ,21 <sup>D</sup> ,22 <sup>A</sup>   | Perez AL .....            | 14 <sup>C</sup>   | Simões Jr. EJ .....       | 29 <sup>D</sup>   |
| Mazzarone M .....  | 21 <sup>C</sup> ,21 <sup>D</sup> ,22 <sup>A</sup>   | Perez LM .....            | 14 <sup>B</sup>   | Soares ECC .....          | 11 <sup>C</sup> ,11 <sup>D</sup>  |
| Mello FCQ .....  | 12 <sup>B</sup> ,35 <sup>B</sup>  | Pessôa CLC .....          | 17 <sup>C</sup> ,33 <sup>B</sup> ,33 <sup>C</sup>                                       | Soares PP .....           | 32 <sup>C</sup>   |
| Mello LFP .....  | 34 <sup>A</sup>   | Pinheiro MCAC .....       | 27 <sup>D</sup>   | Souza AM .....            | 19 <sup>C</sup>   |
| Mello R .....  | 33 <sup>D</sup>   | Pinto ALA .....           | 33 <sup>A</sup>   | Souza GG .....            | 13 <sup>D</sup>   |
| Melo SOP .....   | 9 <sup>B</sup> ,19 <sup>D</sup> ,27 <sup>A</sup> ,29 <sup>C</sup>   | Pinto CFG .....           | 10 <sup>A</sup>   | Souza JF .....            | 30 <sup>C</sup>   |
| Mendonça A .....   | 30 <sup>A</sup>   | Pinto dos Santos M .....  | 13 <sup>C</sup>   | Souza MHF .....           | 30 <sup>C</sup>   |
| Mendonça AMN .....   | 29 <sup>B</sup>   | Pires YAL .....           | 11 <sup>D</sup>   | Souza WN .....            | 24 <sup>A</sup>   |
| Mesquita EDDM .....  | 16 <sup>B</sup>   | Queiróz D .....           | 13 <sup>B</sup>   | Tardin RT .....           | 13 <sup>A</sup>   |
| Milagres A .....   | 30 <sup>A</sup>   | Quintella LP .....        | 19 <sup>D</sup>   | Tavares MR .....          | 21 <sup>C</sup> ,21 <sup>D</sup> ,22 <sup>A</sup>   |
| Milagres JAS .....   | 29 <sup>B</sup>   | Quírico-Santos T .....    | 19 <sup>A</sup> ,19 <sup>B</sup>  | Tavares P .....           | 29 <sup>A</sup>   |
| Miyagui T .....  | 19 <sup>C</sup> ,22 <sup>B</sup>  | Rabello E .....           | 33 <sup>D</sup>   | Teixeira GHMC .....       | 22 <sup>B</sup>   |
| Mogami R .....   | 29 <sup>B</sup> ,30 <sup>A</sup>  | Ramalho MV .....          | 27 <sup>D</sup>   | Teixeira LAC .....        | 17 <sup>C</sup>   |
| Monteiro AS .....  | 18 <sup>B</sup> ,22 <sup>C</sup> ,28 <sup>B</sup>   | Rangel AO .....           | 33 <sup>A</sup>   | Timóteo K .....           | 14 <sup>B</sup>   |
| Monteiro N .....   | 16 <sup>C</sup>   | Raymundo AM .....         | 14 <sup>B</sup>   | Toledo E .....            | 24 <sup>C</sup>   |
| Monteiro NP .....  | 8 <sup>C</sup> ,33 <sup>B</sup> ,33 <sup>C</sup>  | Rebello MFO .....         | 24 <sup>A</sup>   | Trajman A .....           | 25 <sup>B</sup> ,25 <sup>C</sup> ,25 <sup>D</sup> ,<br>26 <sup>A</sup> ,26 <sup>B</sup> ,26 <sup>C</sup> ,26 <sup>D</sup>   |
| Montessi J .....   | 16 <sup>B</sup>   | Recarey FG .....          | 34 <sup>C</sup>   | Valle SOR .....           | 35 <sup>D</sup>   |
| Moreira JAMB .....   | 8 <sup>D</sup> ,22 <sup>C</sup> ,28 <sup>B</sup>  | Reis DJ .....             | 31 <sup>C</sup> ,36 <sup>A</sup>  | Vasconcellos APP .....    | 24 <sup>A</sup>   |
| Moreira JM .....   | 19 <sup>A</sup>   | Rezende EA .....          | 23 <sup>C</sup> ,28 <sup>D</sup>  | Vasconcelos J .....       | 13 <sup>C</sup>   |
| Moreira JS .....   | 19 <sup>B</sup>   | Ribeiro PC .....          | 18 <sup>C</sup>   | Veiga FDL .....           | 34 <sup>C</sup>   |
| Moreira RB .....   | 20 <sup>C</sup>   | Rios MGB .....            | 33 <sup>B</sup> ,33 <sup>C</sup>  | Verbicário LP .....       | 8 <sup>A</sup> ,8 <sup>B</sup> ,8 <sup>C</sup>  |
| Moreira V .....  | 19 <sup>A</sup>   | Rocco PRM .....           | 10 <sup>D</sup> ,18 <sup>D</sup>  | Viana LF .....            | 24 <sup>A</sup>   |
| Moreira VB .....   | 19 <sup>B</sup> ,19 <sup>C</sup>  | Rodrigues AP .....        | 22 <sup>B</sup>   | Vianna A .....            | 31 <sup>D</sup> ,36 <sup>C</sup>  |
| Motta A .....  | 14 <sup>C</sup>   | Rodrigues FR .....        | 22 <sup>B</sup>   | Vianna CRB .....          | 8 <sup>A</sup> ,8 <sup>B</sup> ,8 <sup>C</sup>  |
| Muzy GRS .....   | 20 <sup>C</sup>   | Rodrigues LA .....        | 24 <sup>A</sup>   | Vidaurre A .....          | 18 <sup>A</sup>   |
| Nadais G .....   | 10 <sup>C</sup>   | Rodrigues MA .....        | 29 <sup>A</sup>   | Visser S .....            | 20 <sup>C</sup>   |
| Nascentes R .....  | 29 <sup>C</sup> ,31 <sup>B</sup>  | Rosas P .....             | 36 <sup>B</sup>   | Waetge D .....            | 27 <sup>B</sup> ,29 <sup>D</sup>  |
| Nascimento A .....   | 33 <sup>D</sup>   | Rossini A .....           | 25 <sup>A</sup>   | Werneck P .....           | 16 <sup>C</sup> ,31 <sup>D</sup> ,36 <sup>C</sup>   |
| Nascimento C .....   | 10 <sup>D</sup>   | Rufino R .....            | 14 <sup>D</sup> , 21 <sup>B</sup> , 25 <sup>A</sup>                                     | Wiering ACG .....         | 14 <sup>C</sup> ,32 <sup>C</sup>  |
| Negri E .....  | 18 <sup>D</sup>   | Saad CP .....             | 23 <sup>B</sup> , 23 <sup>A</sup>   | Zin WA .....              | 10 <sup>D</sup> ,18 <sup>D</sup>  |
| Neves ARR .....  | 35 <sup>D</sup>   | Saavedra MC .....         | 10 <sup>A</sup>   | Zonzin GA .....           | 14 <sup>D</sup>   |
| Nigri D .....  | 32 <sup>A</sup>   | Saez FO .....             | 27 <sup>C</sup>   | Zoucas MA .....           | 9 <sup>C</sup> ,9 <sup>D</sup>  |
| Nogueira LAMV .....  | 13 <sup>C</sup>   | Saito EH .....            | 16 <sup>B</sup> , 23 <sup>C</sup> , 28 <sup>D</sup> , 29 <sup>A</sup> , 32 <sup>A</sup> |                           |   |
| Nogueira VT .....  | 13 <sup>A</sup>   | Salles C .....            | 35 <sup>B</sup>   |                           |   |
|  |   | Salluh JIF .....          | 20 <sup>C</sup> , 32 <sup>B</sup>   |                           |   |

TRATAMENTO DA

# ASMA

## Serevent<sup>®</sup>

SALMETEROL

O BRONCODILATADOR DE AÇÃO PROLONGADA  
E SELETIVA PARA O TRATAMENTO DA ASMA<sup>(1)</sup>

## Flixotide<sup>®</sup>

FLUTICASONA

O ANTIINFLAMATÓRIO EFICAZ COM MAIOR  
SEGURANÇA NO TRATAMENTO DA ASMA<sup>(2)</sup>

2 X AO DIA É A COMBINAÇÃO IDEAL NO TRATAMENTO DA ASMA<sup>(3)</sup>

A GlaxoWellcome investe em pesquisa de novos medicamentos e "devices", unindo ciência e tecnologia para desenvolver produtos inovadores.

*Aguarde o próximo  
lançamento da  
Linha Respiratória GlaxoWellcome*

(1) DALONZO, G.E.; TOLEP, K. SALMETEROL: A LONG-ACTING BETA 2 AGONIST. J AM OSTEOPATH ASSOC 98:4, 216-218, 221-231, 1998. (2) BARNES, N. RELATIVE SAFETY AND EFFICACY OF INHALED CORTICOSTEROIDS. J ALLERGY CLIN IMMUNOL 101: 4 PT 2, S 460-4, 1998. (3) BATEMAN, E.D., BRITTON, M.; CARRILO, J.; ALMEIDA, J.; WIXON, C. SALMETEROL/ FLUTICASONA ( 50/100MG) COMBINATION INHALER. A NEW, EFFECTIVE AND WELL TOLERATED TREATMENT FOR ASTHMA. CLIN DRUG INVEST 16 (3): 193-201, 1998



0800-266001

**GlaxoWellcome**  
LINHA RESPIRATORIA

Estrada dos Bandeirantes, 8464 CEP 22783-110 - Jacarepaguá - Rio de Janeiro - Brasil

Telefone: (021) 444-6000 - Fax: (021) 444-6001

<http://www.glaxo.com.br>

Maiores informações à disposição em nossa Divisão Médica

# Keflex<sup>®</sup>

INDISPENSÁVEL

(Cefalexina Monoidratada)

## marca de campeão

### NOVAS EMBALAGENS

MAIS SEGURANÇA PARA O CONSUMIDOR

**ORIENTAÇÃO POSOLÓGICA  
NA PRÓPRIA CAIXA**

MAIOR CERTEZA QUE O PACIENTE SEGUIRÁ  
O TRATAMENTO CORRETO

**PRINCÍPIO ATIVO  
AMPLIADO**

CONFORME DETERMINA A  
NOVA LEGISLAÇÃO



**DEMAIS APRESENTAÇÕES:**

500 mg COM 8 DRÁGEAS • 500 mg COM 40 DRÁGEAS  
1 g COM 8 DRÁGEAS



**TINTA REATIVA  
CONTRA FRAUDES**

AO PASSAR UMA  
MOEDA SOBRE  
A LATERAL DA  
CAIXA, O TEXTO  
DE SEGURANÇA  
APARECE.

## Keflex<sup>®</sup> seguro até na embalagem

INDISPENSÁVEL

Lilly

MATERIAL PROMOCIONAL DIRIGIDO À CLASSE MÉDICA  
(\* Informações complementares, como efeitos colaterais, precauções e outros,  
consulte a bula do produto ou Serviço de Atendimento ao Cliente.  
Serviço de Informação Científica (SIC) e-mail: br-sic@lilly.com

Lilly LILLY SAC  
0800-134333  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE